

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

---

AVIS

**Nous avons le plaisir d'informer les lecteurs des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1892, nous partagerons la direction de ce journal avec le Dr Lermoyez, médecin des hôpitaux de Paris.**

**Il nous semble inutile de signaler à nos lecteurs la compétence spéciale de notre codirecteur dont les travaux sont bien connus de tous en France et à l'étranger.**

---

I

L'OTITE GRIPPALE, OBSERVÉE A PARIS EN 1891,

par le Dr **LÖWENBERG** (1)

(Avec deux figures dessinées d'après nature par l'auteur.)

Si l'épidémie d'influenza qui a envahi la presque totalité du globe en 1889-1890 a surpris le monde médical par ses déplorables ravages, par l'immense proportion des personnes atteintes et par ses nombreuses complications, elle n'a pas moins intrigué les membres de notre profession, par le caractère particulier qu'elle a imprimé à beaucoup d'affections communes et banales. La marche de ces maladies, leur durée, leurs terminaisons et leurs conséquences, tout cela a paru

(1) Envoyé au deuxième Congrès des médecins et chirurgiens américains (tenu à Washington, septembre 1891).

maintes fois bizarre et insolite quand c'était la grippe qui les déterminait ou qui venait les compliquer, en leur communiquant souvent une gravité particulière.

Parmi les affections qui se sont greffées sur l'influenza à cette époque, l'otite moyenne aiguë n'a pas joué le rôle le moins important. Déjà, dans ma première communication sur ce sujet (1) qui a été suivie d'un nombre considérable de travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, concernant la même matière, j'avais fait ressortir l'énorme proportion des cas d'otite moyenne aiguë observés pendant la grande épidémie de grippe. J'avais exposé les caractères particuliers que l'affection auriculaire a montrés à cette époque. J'ai, depuis, complété cette étude dans un autre mémoire (2).

En comparant ce que j'ai observé avec ce que d'autres auteurs ont vu, il semble que la grippe a revêtu l'otite moyenne d'un caractère différent en France, dans l'est et le nord de l'Europe, et même dans des pays aussi rapprochés de nous que la Belgique et la Suisse. Autour de nos frontières, on a vu prédominer une forme d'affection auriculaire jusque-là tout à fait exceptionnelle : l'otite moyenne et la myringite hémorragiques. En France, par contre, celles-ci n'ont été observées que rarement. Je n'en avais vu qu'un seul cas (II, p. 169). Comme cette forme constitue, sans aucun doute, une espèce grave de ces inflammations, on ne sera nullement étonné d'apprendre que l'otite grippale a présenté, hors de France, un nombre plus considérable de cas sérieux que dans ce pays-ci, au point qu'à l'étranger la trépanation de l'apophyse mastoïde a dû être faite très fréquemment. D'après les publications de mes confrères français, ceux-ci ont eu à recourir à ce moyen extrême dans une proportion de cas beaucoup moindre. Quant à ma pratique personnelle, je n'ai eu besoin de faire la trépanation dans aucun cas, fait que j'attribue à deux raisons :

(1) I. B. LÖEWENBERG. Les complications auriculaires dans l'épidémie actuelle d'influenza. (*Bulletin médical* du 8 janvier 1890.)

(2) II. B. LÖEWENBERG. Les affections de l'oreille dans la grippe. Communication faite à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. (Séance du 22 janvier 1890. Reproduit dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* de février 1890.)

D'abord, dans le grand nombre d'otites grippales que j'ai eu à soigner, la proportion des complications mastoïdiennes a été très restreinte. D'autre part, j'ai depuis plus de douze ans adopté le principe d'épuiser toutes les ressources d'une thérapeutique relativement douce, comme les larges débridements de la membrane du tympan, les insufflations d'air fréquentes et le riche arsenal de l'antisepsie avant de recourir à la trépanation.

J'ai été le premier à proposer ce *modus faciendi* et à réagir contre ce que je considère comme un abus, et j'ai développé mes idées sur ce sujet au Congrès otologique international (Bâle, 1884) (1), et au premier Congrès français de chirurgie (Paris, 1885) (2). Je n'insiste donc pas davantage sur ce point, mais je suis forcé de déclarer que, malgré le désaccord dans lequel je me trouve à ce sujet avec nombre de spécialistes qui trépanent quelquefois à la moindre alerte du côté de l'apophyse mastoïde, je ne puis que maintenir absolument ma manière de voir dans laquelle une expérience ultérieure de sept ans n'a fait que me fortifier. « Patience et longueur de temps » viennent généralement à bout de cas vraiment effrayants, et j'en ai guéri, entre autres, tout en respectant l'intégrité de l'apophyse, qui, non seulement présentaient des phénomènes inquiétants, *loco dolenti*, mais aussi des généralisations beaucoup plus alarmantes encore. Ainsi il y avait dans certains de ces cas, outre une fièvre forte et incessante, du côté de l'encéphale, des vomissements persistants avec céphalée intense et continue, dans le voisinage extérieur de l'os, des abcès sur des points éloignés, entre autres des fusées purulentes jusqu'aux insertions inférieures du sterno-cléido-mastoïdien, collections dont l'ouverture chirurgicale, en raison du voisinage de l'artère carotide primitive et de la veine jugulaire interne, exigeait une attention particulière, etc.

Depuis mes deux publications, j'ai eu la satisfaction

(1) Comptes rendus du troisième Congrès otologique international (Bâle, septembre 1884).

(2) Comptes rendus du premier Congrès français de chirurgie (Paris, 1885, p. 642-652).

de me voir suivi par quelques confrères. Ainsi (p. 2), M. Cozzolino, de Naples, qui avait assisté au Congrès de Bâle, a formulé des conclusions analogues aux miennes dans un mémoire inséré dans les *Annales des maladies de l'oreille*, etc., janvier 1889. Le fait que l'auteur n'ait pas mentionné mes travaux antérieurs sur ce sujet n'est évidemment dû qu'à un oubli de sa part.

Si nous envisageons maintenant les otites observées pendant l'influenza de 1891, nous constatons d'abord qu'elles ont été beaucoup moins fréquentes que l'année précédente, à en juger par mon expérience personnelle et d'après ce que j'ai pu apprendre d'autres confrères, soit spécialistes, soit praticiens. La différence en moins est absolue et relative, absolue, à coup sûr, parce que la grippe s'est beaucoup moins répandue qu'il y a un an, et relative en raison du fait que la maladie qui, l'an dernier, se compliquait généralement d'affections des premières voies aériennes et digestives, lesquelles gagnent si facilement l'oreille moyenne, a atteint ces régions beaucoup moins souvent en 1891.

Mes observations d'otites grippales ont donc été beaucoup moins nombreuses que dans l'épidémie précédente, mais elles m'ont néanmoins permis de noter deux ordres de faits *intéressants* qui ont rapport à des anomalies dans la marche de l'affection auriculaire. Nous allons les considérer successivement.

### I. — *Otites moyennes aiguës grippales guéries instantanément par la douche d'air.*

Nous traiterons d'abord d'un groupe de cas absolument pareils entre eux et remarquables par une marche assez surprenante dont voici les points principaux : Les malades, des enfants pour la plupart, furent frappés presque subitement de douleurs dans une oreille, rarement dans les deux. Il y avait en même temps de la surdité et une sensation de chaleur et de plénitude dans l'organe atteint. La fièvre accompagnait ces symptômes. Plusieurs adultes, qui présentaient



les mêmes phénomènes, accusaient, en outre, des bourdonnements. Les enfants ne s'en plaignaient pas, mais on sait qu'on les entend rarement mentionner ce symptôme.

L'examen de l'organe malade montrait invariablement le même aspect otoscopique : membrane du tympan d'un rouge foncé, uniforme, et bombée en haut et en arrière. Elle ne montrait pas la ligne de démarcation plus ou moins strictement droite et horizontale qui indique la présence d'une accumulation de liquide dans la caisse, en en marquant le niveau supérieur, soit que les masses sécrétées ne fussent pas assez abondantes pour cela, soit que l'épaississement du tympan, causé par l'infiltration de son tissu et par l'injection de ses vaisseaux, eût empêché ce signe d'être perceptible.

L'examen fonctionnel par la montre, la parole et le diapason ne révélait rien qui ne s'accordât avec les caractères classiques de l'otite moyenne aiguë ordinaire.

*A la suite d'une seule insufflation d'air* (procédé de Politzer chez les enfants, cathétérisme chez les adultes), *tous ces symptômes disparurent comme par enchantement.* A l'instant même, la douleur cessa, ainsi que la surdité et les bourdonnements. La fièvre même tomba rapidement.

Plusieurs malades furent ainsi guéris définitivement par une seule insufflation d'air; dans un petit nombre, il a fallu recommencer cette simple manœuvre à un ou plusieurs jours d'intervalle, les phénomènes morbides ayant reparu, bien que considérablement atténués.

Le résultat pour ainsi dire instantané frappa particulièrement deux de mes confrères et amis qui avaient chacun un enfant atteint de cette façon, et qui furent positivement émerveillés de la transformation soudaine opérée chez les petits malades, surtout du fait que l'angoisse profonde, provoquée chez ceux-ci par les douleurs d'oreilles violentes, disparut sur-le-champ pour ne plus revenir.

Il me fut donné de voir, pendant l'épidémie grippale de 1891, dans un laps de temps relativement restreint, une petite série de cas de ce genre. En réfléchissant sur ce fait si frappant, je me rappelai un cas analogue que j'avais ob-

servé l'an dernier en pleine influenza. Il s'agissait d'un vigoureux garçon de 14 ans qui fut frappé, pendant qu'il était atteint de grippe, successivement de douleurs surgissant soudain au fond des deux oreilles. Tantôt l'une était frappée, tantôt l'autre, quelquefois même les deux ensemble. Chaque fois, l'oreille atteinte présentait l'image et les symptômes décrits plus haut. L'insufflation d'air opérait toujours une guérison immédiate; mais il y eut des rechutes assez fréquentes, et je fus enfin obligé d'enseigner le maniement de la douche d'air au père de l'enfant, qui parvint à couper court à chaque accès et à amener finalement une guérison définitive.

Chose à noter, ce jeune malade portait, dans le pharynx nasal, des végétations adénoïdes d'un développement moyen. Comme elles n'entravaient pas la respiration par le nez et n'avaient jamais provoqué de troubles auriculaires, leur enlèvement avait été décliné par la famille. Un des enfants issus d'une famille médicale, auxquels allusion est faite plus haut, avait subi une première opération de végétations adénoïdes quelques mois avant l'influenza, mais il y avait encore des restes à enlever.

Je rappellerai, à cette occasion, que j'avais déjà insisté, l'année dernière, sur l'importance de la présence de ces végétations pour l'otite grippale. Je disais alors (1) : « Nous constatons donc, en résumé, que sur quarante cas, deux seulement ont présenté un caractère sérieux et une évolution lente. Or, ces deux cas sont justement ceux des deux malades qui portent des végétations adénoïdes du pharynx. Il y a là, évidemment, plus qu'une simple coïncidence et il faudra ajouter aux indications qui réclament impérieusement l'ablation précoce de ces végétations, la possibilité qu'elles pourront imprimer un caractère grave aux otites qu'elles provoquent si fréquemment. »

A l'exception du jeune garçon de 14 ans, tous les autres malades ont été guéris par *une seule insufflation d'air* ou par un très petit nombre. Ce fait est assez surprenant de

(1) II, p. 169.

prime abord, et nous avons à nous demander quelle était la nature de ces cas, si sérieux en apparence et pourtant curables à si peu de frais.

Je pense que nous avons affaire, chez tous ces malades, au début d'une véritable otite moyenne aiguë. La grippe avait commencé par provoquer une inflammation des fosses nasales ou du pharynx ; celle-ci, à son tour, gagnait l'oreille moyenne, obstruant la trompe d'Eustache, et déterminant dans la caisse une exsudation, peu abondante, d'abord de liquide, lequel venait bomber la membrane du tympan au dehors. La sécrétion augmentant peu à peu, la tension de cette membrane dont l'infiltration et la congestion avaient aboli l'élasticité, s'accroissait et donnait lieu aux vives douleurs accusées par les malades. La douche d'air remédiait à cet état de choses en agissant, sans doute, d'une façon multiple : d'abord, elle ouvrait la trompe d'Eustache, dégagait son canal et restituait à la caisse son volume normal d'air naturel à la place de l'air raréfié et désoxygéné (1) qu'elle renfermait auparavant. En même temps, elle exerçait sur la muqueuse de la cavité et de la membrane tympaniques une pression qui en diminuait, au moins temporairement, la turgescence sanguine. Elle chassait enfin le liquide accumulé dans la trompe et dans la caisse, peut-être même avec lui des microbes qui auraient pu exercer une action dangereuse en transformant la sécrétion simple en suppuration. La trompe étant dégagée, les masses sécrétées ensuite pouvaient s'éliminer en refluant lentement vers le pharynx. Elles pouvaient, du reste, être aussi absorbées en passant dans les lymphatiques qui, d'après Kessel, communiquent ouvertement avec l'intérieur de la caisse.

En somme, l'ensemble des manifestations morbides décrit ici rappelle certains cas d'otite moyenne catarrhale aiguë qu'on observe quelquefois au printemps, surtout chez les enfants ; mais les cas qui viennent d'être exposés dans ce chapitre, s'en distinguent par leur apparition en masse, chez des sujets atteints d'influenza et en hiver (février), par

(1) V., à ce sujet, mon mémoire intitulé : « De l'échange des gaz dans la caisse du tympan. » (*Progrès médical*, 1877.)

leur apparence singulièrement alarmante et surtout par leur guérison obtenue, la plupart du temps, à la suite d'une seule insufflation d'air. Il est vrai que l'on assiste quelquefois chez les enfants, après la douche d'air, au rétablissement instantané de l'état normal de l'oreille et de la santé générale, mais, le plus souvent, l'action n'est que passagère et il faut répéter les insufflations pendant un certain temps.

*Au demeurant, ces observations démontrent d'une façon péremptoire l'action curative de la douche d'air dans l'otite moyenne aiguë, douche que quelques auteurs voudraient précisément proscrire dans le traitement de cette affection !*

En présence des résultats que nous venons d'énoncer et dont un observateur non prévenu constate d'ailleurs d'analogues journellement, d'une part, et, d'autre part, de la facilité d'exécution du procédé de Politzer, accessible à tous les praticiens et même au public, je ne puis faire autrement que de protester contre cette tendance de nous priver d'un procédé aussi bienfaisant dans le traitement d'une affection toujours pénible, souvent même dangereuse. Cette proscription me semble, au demeurant, inspirée plutôt par des préoccupations théoriques que par l'observation sur les malades. Je suis convaincu que la généralisation de l'emploi de cette simple manœuvre au début de toute otite moyenne aiguë, conduira à la guérison rapide d'un immense nombre de cas de ce genre, qu'ils reconnaissent une origine grippale ou non.

J'ajouterai, en passant, que j'envisage d'une façon analogue l'opposition que quelques auteurs font au traitement de l'otite suppurée par les insufflations d'acide borique que je considère également comme de la plus grande valeur thérapeutique. Je n'en ai, de plus, jamais vu résulter aucun inconvénient, non seulement quand un spécialiste compétent les pratiquait, mais même là où les circonstances obligeaient à confier ce traitement aux malades ou à leurs familles, et où, par conséquent, l'exécution pouvait être défectueuse. Il suffit, dans ces conditions, d'examiner les malades de temps en temps.

## II. — *Otitis grippales à marche insolite et à forme particulière de perforation.*

J'ai observé, pendant la période grippale de 1891, deux cas d'otite moyenne qui forment un contraste parfait avec ceux exposés dans le chapitre précédent. L'inflammation, dans ces deux cas, amenait rapidement la suppuration et affectait bientôt une marche chronique, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans cette affection, pourvu qu'elle soit convenablement traitée dès le début (comme c'était le cas ici), et qu'aucune maladie générale ou complication locale ne l'aggrave. En outre, il s'est formé une perforation d'une configuration absolument insolite et identiquement pareille chez les deux patients, point par l'examen duquel nous terminerons l'étude de ces observations.

Voici d'abord une brève description de la marche de la maladie :

OBSERVATION n° 1. — M<sup>me</sup> X..., âgée actuellement de 47 ans, m'avait été adressée en 1874 par feu mon ami le Dr Johnston, de Paris. D'aspect délicat, elle jouit cependant habituellement d'une bonne santé et ne présente aucun fait particulier dans ses antécédents, ni dans sa famille, si ce n'est qu'à l'âge de 4 ans, elle a eu « un mal d'oreille » dont elle a d'ailleurs été parfaitement guérie.

Le motif de sa première visite fut une surdité de l'oreille droite qu'elle avait constatée depuis un certain temps. Il s'agissait d'un simple catarrhe de la caisse, et la guérison fut obtenue rapidement. Six ans après, surdité aux deux oreilles, causée par des bouchons de cérumen, dont l'extraction rétablissait l'ouïe normale des deux côtés.

Le 11 février 1891, je suis appelé près de M<sup>me</sup> X..., que je trouve fort souffrante. Elle vient d'avoir la grippe, et ressent depuis 24 heures des douleurs atroces dans l'oreille droite (l'ancienne malade). Le tic tac de ma montre qu'on entend normalement jusqu'à 5 mètres dans le silence, n'est pas perçu du tout, même au contact du pavillon droit. Le tympan est uniformément d'un rouge sombre ; son segment postéro-supérieur est bombé au dehors. A la partie antérieure et inférieure de cette membrane,

il existe une plaque elliptique à grand axe perpendiculaire, d'un rouge vif. Elle paraît consister en sang liquide. L'insufflation d'air améliore un peu l'ouïe, de façon à faire entendre la montre à quelques centimètres. Prescription : Purgatif salin, instillations de glycérine tiède pendant le jour et de cocaïne pour la nuit, et douche de Politzer qui est pratiquée parfaitement par le mari de la malade auquel je l'avais enseignée.

Le lendemain, *écoulement sanguinolent* par le conduit auditif. Montre 0. La tache rouge s'est transformée en un caillot, conservant la forme ovalaire. Toujours pas de perforation tympanique. L'air passe mal dans la caisse, même par le cathétérisme qui améliore cependant un peu l'audition. Le seringage enlève le coagulum ; à sa place, il existe une érosion sanguinolente peu profonde, toujours de forme ovalaire. Douleurs moindres. Pas de fièvre ; d'ailleurs, pendant toute la durée de la maladie, la température s'est maintenue à 36°, 1.

Le 13 février, le tympan se trouve percé spontanément. L'ouverture s'est faite, non pas à la place de la plaque sanguinolente, mais plus en arrière. Elle s'étend jusqu'au bord postérieur du manche de marteau qu'elle longe sur une certaine étendue. Montre 0 ; l'insufflation d'air n'amène aucune amélioration de l'ouïe. État général toujours précaire. Douleurs permanentes. Puls 120, nuits mauvaises.

L'enflure en haut et en arrière du manche du marteau va en diminuant. L'apophyse mastoïde commence à enfler et à devenir douloureuse, spontanément et encore davantage à la pression. L'insufflation d'air fait cesser les douleurs pour un certain temps, mais laisse l'apophyse sensible à tout attouchement. Prescription : bains d'oreille avec de l'alcool à 90°, contenant 20 grammes d'acide borique porphyrisé (solution sursaturée que j'ai introduite dans l'otologie il y a dix ans). Plus tard, simplement des insufflations d'acide borique.

Pour abrégér, voici, en résumé, la marche ultérieure : les douleurs ont d'abord duré une quinzaine, *sans interruption*, jour et nuit, puis, avec des intermittences, pendant un laps de temps égal, pour disparaître peu à peu complètement. L'écoulement sanguinolent a persisté pendant six semaines environ, et s'est arrêté ensuite subitement sous le simple traitement par les insufflations d'acide borique réduit en poudre impalpable.

J'ai souvent examiné au microscope le liquide écoulé ; il se montrait toujours composé presque exclusivement de globules sanguins rouges non altérés, avec très peu de leucocytes.

La perforation du tympan, bien que l'ouïe se soit améliorée petit à petit, a été en s'agrandissant et a pris une configuration toute particulière que j'appellerai volontiers « pyriforme ». Elle est large et arrondie en bas, étroite et rectiligne en haut. (V. la fig. 1.)



FIG. 1.

La place où la plaque sanguinolente avait existé, est redevenue tout à fait normale.

18 mars 1891. Pas de changement. Montre entendue à 5 centimètres. La perforation est la même, le reste du tympan présente un aspect normal. En vain, on a essayé les traitements les plus divers, instillations d'alcool chargé de différents antiseptiques, etc.

Le 14 juillet, j'apprends que l'écoulement sanguinolent s'est arrêté subitement le 20 mars, pour ne plus reparaitre. Montre entendue à 15 centimètres. Je revois la malade pour la dernière fois le 24 juillet 1891, et je constate que la partie supérieure allongée de la perforation qu'on pourrait appeler « la queue de la poire (fig. 1 c) », — le tout ressemblant en effet à ce fruit, — paraît cicatrisée. La partie inférieure ronde elle-même (fig. 1 b), figurant le corps de la poire semble rapetissée (1).

OBSERVATION n° 2. — Le jeune Y..., âgé de 11 ans et demi, m'est adressé le 28 juin 1889 pour une surdité bilatérale. Au premier coup d'œil, on remarque que ses deux cornées sont troubles. Ce phénomène ayant quelque chose de caractéristique pour la syphilis héréditaire, j'interroge la mère du malade, veuve depuis longtemps, et j'apprends qu'en effet, l'enfant est né d'un père syphilitique. La mère paraît indemne, mais elle est très délicate et sujette à de fréquentes migraines.

L'inspection des dents du malade montre une des formes décrites par Hutchinson comme caractéristiques pour la syphilis héréditaire. Les incisives supérieures centrales sont coniques

(1) Après trois mois d'absence, M<sup>me</sup> X... se présenta à ma consultation le 7 novembre 1891, et je constatai à ma grande satisfaction que la perforation était considérablement rapetissée. Depuis sa visite du 24 juillet, elle a fait des douches d'air et des insufflations d'acide borique.

et échanquées en croissant. J'étais donc convaincu, avant d'avoir examiné les oreilles de l'enfant, que j'avais affaire à la triade découverte par le savant anglais et caractéristique pour la syphilis congénitale : kératite interstitielle chronique, altérations particulières des dents et surdité due à des troubles de l'oreille interne. Je connaissais, depuis 1863, ce type caractéristique pour l'avoir rencontré fréquemment dans les cliniques ophthalmologiques parisiennes et quelquefois aussi chez mes malades. Mais l'examen des oreilles démontra sur-le-champ que ma supposition était erronée, au moins quant à la nature de la lésion auriculaire. Il s'agissait d'une simple otite moyenne suppurée double avec perforations *arrondies* ayant à peu près la forme et les dimensions d'une lentille.

Voici maintenant l'historique abrégé du malade : à l'âge de 3 jours, il fut atteint d'entérite, et restait ensuite pendant un an entre la vie et la mort. Il n'a jamais présenté ni coryza spécifique, ni boutons, ni lésions osseuses. En 1881, commença la kératite double. Vers 1888, les yeux s'améliorèrent et les oreilles furent prises à leur tour.

*État présent* : L'adolescent a la peau d'un gris terreux. Front bombé et bosselé avec une légère dépression médiane. Crâne symétrique. Nez aplati sans cependant être camard (celui de la mère est fin et aquilin). Fosses nasales et pharynx sains.

Le *traitement* de l'affection des oreilles consistait en serinages, douches d'air et insufflations boriquées ou instillations d'alcool boriqué sursaturé. Ces soins tarissaient l'otorrhée et cicatrisaient la perforation, mais de temps en temps, et souvent sans cause appréciable, une rechute avait lieu, tantôt à droite, tantôt à gauche. Le tympan se perceait alors de nouveau, toujours au même endroit, l'écoulement reparaissait, et finalement le même traitement amenait la guérison.

Quant à la nature de ces accès, rien n'indique qu'ils n'aient été de nature syphilitique et, selon moi, c'étaient de simples otites suppurées à répétition, comme on les voit chez certains sujets lymphatiques. Les affections auriculaires dues à la syphilis héréditaire non compliquée de lésions nasales ou pharyngiennes ne m'ont jamais présenté les caractères de l'otite suppurée, mais toutes ont montré une marche lente et insidieuse, sans phénomènes inflammatoires tels que : suppuration, douleurs ou perfora-



tion du tympan, pareillement à ce que d'autres auteurs ont observé.

(Nous ne traitons pas ici, bien entendu, des surdités graves dues à la syphilis *acquise* qui présentent un caractère tout autre et se distinguent souvent par leur éclosion soudaine ou, du moins, extrêmement rapide.)

Quant aux caractères particuliers des affections auriculaires hérédo-syphilitiques, je suis cependant obligé d'ajouter que M. Hermet, dans les notes qu'il a ajoutées à son excellente traduction de l'ouvrage de Hutchinson (1), relate plusieurs cas d'otite avec perforation du tympan et suppuration, qu'il tend néanmoins à considérer comme spécifiques. Il appuie son opinion surtout sur le fait de l'apparition de l'écoulement sans douleurs. Je n'ai rencontré cette éclosion indolore d'une première otite suppurée que dans la tuberculose presque exclusivement. Par contre, j'ai souvent observé que des rechutes de ce mal se faisaient sans souffrance notable, et j'explique ce fait par le peu de résistance que certaines cicatrices fines du tympan offrent à la poussée du liquide accumulé dans la caisse, avant de céder. Ainsi, dans l'observation présente, les récides de l'écoulement avec nouvelle perforation de l'un ou de l'autre tympan ont toujours été indolores. (Je n'ai pas de renseignement sur ce point quant à la première apparition du mal.) Toutes ces rechutes ont d'ailleurs guéri sous le traitement sus-indiqué dont j'ai enseigné l'application à la mère du malade, en l'engageant seulement à me ramener l'enfant au cas où quelque fait insolite viendrait à se produire.

Au mois de février 1891, le jeune Y... est atteint, une fois de plus, d'otorrhée à gauche. Le tympan présente à la place accoutumée une perforation circulaire. Le traitement ordinaire est repris, et, peu de temps après, l'écoulement diminue, et la perte de substance commence à se rapetisser. Tout semble donc présager la marche habituelle vers la guérison, lorsqu'au mois de mars, l'adolescent est atteint d'influenza. Je le revois quinze jours

(1) JONATHAN HUTCHINSON. *Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire*. Traduit et annoté par le Dr P. Hermet. Paris, 1884.

après, et je trouve un notable changement en pis. La perforation s'est agrandie. Elle a, de plus, pris un aspect pyriforme tout particulier, et est devenue tout à fait analogue, comme siège aussi, à celle décrite dans l'observation précédente. Arrondie en bas, elle se rétrécit brusquement vers le haut et s'y termine par une espèce de queue, fente qui règne le long du manche du marteau contre son bord postérieur (fig. 2).

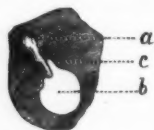


FIG. 2.

Depuis cette époque, le traitement est resté impuissant à amener une guérison complète. Je revois Y... le 2 juillet, et je constate que, si l'écoulement a été effectivement tari, la perforation est restée telle quelle. L'ouïe cependant est presque normale, fait que j'ai souvent noté chez des sujets jeunes, malgré l'existence d'une perforation tympanique assez étendue. On sait que chez l'adulte la situation, au point de vue de l'audition, est beaucoup plus défavorable dans ces conditions. J'incline à penser que cette différence provient de ce que la force d'accommodation de l'oreille est la plus considérable dans l'enfance, et qu'elle diminue avec l'âge, ainsi que cela a lieu pour l'organe de la vision.

Le malade quitta Paris peu de temps après, le 2 juillet, pour se rendre à une station thermale. Or, j'ai reçu le 16 du même mois, une lettre d'un médecin de mes amis qui exerce à l'endroit indiqué, et qui m'annonçait que l'oreille malade du jeune Y... était devenue subitement douloureuse, avec enflure mastoïdienne. Température 40°, 3. Bientôt, amélioration des symptômes locaux, mais persistance de la fièvre pendant deux jours. Puis guérison apparente pendant 48 heures ; ensuite, la fièvre a repris (39°, 3), et la partie inférieure de l'apophyse mastoïde s'est tuméfiée et est devenue très sensible. Mon confrère parlait déjà de trépanation, mais conformément aux principes énoncés plus haut, je le rassurais et lui conseillais l'usage de l'alcool boriqué, des douches d'air, des seringages, etc. Le 29 juillet, après avoir exécuté ce traitement, le docteur M... m'écrivait : « Le jeune Y... va très bien ; l'air passe librement, les douleurs et la

fièvre ont disparu, l'apophyse n'est plus sensible à la pression, ni tuméfiée. Appétit excellent, état général parfait. »

Depuis, j'ai revu le malade, et j'ai pu constater que, du côté de l'apophyse mastoïde, tout est rentré dans l'ordre depuis deux mois. L'écoulement même est tari définitivement, mais la perforation existe toujours dans sa partie inférieure. La partie supérieure, la « queue de la poire », est cependant cicatrisée, exactement comme dans le cas précédent.

## RÉFLEXIONS

Les deux cas qui viennent d'être relatés présentent une marche et un caractère insolites. L'otite moyenne aiguë, le tympan une fois percé par le processus inflammatoire même ou par le médecin, désireux d'abrégier les souffrances du malade, guérit toujours dans un laps de temps relativement court, pourvu qu'elle soit traitée sans délai par des lavages réguliers, l'application d'un antiseptique approprié et de fréquentes insufflations d'air. Il en a été ainsi même dans les nombreux cas d'otite grippale que j'ai traités et radicalement guéris, sans exception, pendant l'épidémie d'influenza de 1889-1890. Cette règle ne souffre d'exceptions que lorsqu'il s'agit d'individus très affaiblis ou bien atteints d'une maladie grave ou d'une diathèse sérieuse, la tuberculose ou le diabète P. E; ou bien, quand la situation est aggravée par des complications locales parmi lesquelles je citerai surtout, conformément à ce qu'on a vu plus haut, la présence de végétations adénoïdes volumineuses.

Dans nos deux cas, il n'existait rien de tout cela; cependant, pourrait-on m'objecter, nous devons tenir compte, quant à la deuxième observation, d'un facteur terriblement perturbateur, la syphilis héréditaire. Mais, dans ce cas, encore, l'existence de cette grave maladie générale n'avait pas empêché toutes les attaques précédentes d'otite suppurée perforative de guérir dans des délais relativement courts, exactement comme des otites à rechutes chez une personne exempte de toute tare congénitale! Il est vrai encore qu'il s'agissait, chez les deux sujets, de l'éclosion d'une inflammation purulente dans une oreille ayant déjà été malade an-

térieurement ; mais, ainsi que je l'ai fait ressortir l'an dernier (1), cette circonstance, aggravante sans doute, n'avait pas empêché ceux de mes malades de 1889-1890 qui se trouvaient dans le même cas, de guérir radicalement, même ceux atteints de mastoïdite !

La première observation, celle de M<sup>me</sup> X..., présente un phénomène particulier, l'*écoulement sanguinolent prolongé*. Je rappellerai, à ce sujet, ce qui a été dit au commencement de ce travail, concernant la gravité particulière de ce fait. Ici, la marche trainante et l'insuccès relatif du traitement paraîtraient donc attribuables à la forme hémorragique de l'otite. Dans le deuxième cas, par contre, cette complication fait défaut ; d'autre part, aucun phénomène dénotant la syphilis héréditaire n'ayant apparu depuis de longues années chez le jeune malade et les nombreuses otites précédentes ayant toutes guéri normalement, comme nous venons de le voir, il me semble impossible d'invoquer la diathèse spécifique pour expliquer l'échec de la thérapeutique chez lui, et nous devons, ce me semble, l'attribuer tout bonnement à la nature grippale du mal.

Le fait le plus frappant est la singularité de la perforation et son identité dans les deux cas, en ce qui concerne son siège, sa forme, ses dimensions et sa marche. Je n'avais jamais observé de forme pareille auparavant, et les recherches que j'ai faites à ce sujet, dans un grand nombre de travaux otologiques, ne m'en ont pas donné d'exemple non plus. J'ai parcouru, en vain, pour ne citer que les ouvrages contenant des gravures, des chromolithographies ou des photographies, les livres de MM. Politzer (*Traité et Beleuchtungsbilder*), Miot, Bürkner, Gellé, de Rossi, Barr, Urbantschitch, Roosa, M'Bride, Schwartze (*Anatomie pathologique et Traité des maladies chirurgicales de l'oreille*), Magnaughton Jones et le magnifique atlas photographique, l'*Anatomie de l'oreille humaine et des états pathologiques de la membrane du tympan* de MM. Randall et Morse. Dessins, images et photographies ne reproduisent dans tous ces ouvrages, que des

(1) II, p. 467 et 469.

perforations arrondies. Elles sont circulaires, ovales, réni-formes, etc.

Ce n'est que dans les cas de perforations traumatiques qu'on voit des contours angulaires ou pointus, mais, là encore, il n'existe rien qui ressemble à la forme « en poire » signalée dans ce travail. Je n'ai vu quelque chose d'approchant que chez M. Gruber; dans son *Traité d'otologie* (*Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 2<sup>e</sup> éd., Vienne, 1888), il représente une perforation quelque peu semblable, à la table I (fig. 17), également située derrière le manche du marteau, et à la table II (fig. 21 et 22), une cicatrice un peu analogue, au même endroit du tympan.

Voilà tout ce que l'étude attentive d'une littérature considérable m'a révélé.

*Comment pouvons-nous concevoir la genèse de cette forme particulière de perforation?* Nous la comprendrons mieux, je pense, en recherchant d'abord pourquoi les perforations tympaniques non traumatiques présentent toujours une forme arrondie, question qu'aucun auriste ne s'est posée jusqu'ici, que je sache. En essayant de trouver une réponse à cette question, je suis arrivé à la manière de voir suivante : la partie principale de la membrane du tympan comprend, comme on sait, deux couches de fibres de tissu connectif d'un caractère particulier, l'une circulaire, l'autre radiée. En général, lorsqu'il se forme une perforation, les deux lamelles sont détruites parallèlement, c'est-à-dire sur une même étendue en longueur et en largeur. J'estime que, dans ces conditions, le léger degré d'élasticité qui est propre aux fibrilles annulaires, et qui manque aux radiées, entre en jeu, par suite de leur division, et fait revenir sur eux-mêmes dans une certaine mesure, leurs bouts séparés. J'explique ainsi les contours arrondis des pertes de substance tympaniques, et dans notre cas, ceux de la partie inférieure « de la poire » qui demeure ronde. Mais la partie supérieure, « la queue », n'est plus soumise aux mêmes influences. Nous avons vu qu'elle longe l'extrémité inférieure du manche du marteau; or, ici, les fibres circulaires font défaut, pour ainsi dire, complètement, et les radiaires seules sont présentes. Par con-

séquent, cette couche est seule atteinte à cet endroit, et les perforations restent allongées, parce que le facteur qui les arrondit ailleurs, le raccourcissement dû à l'élasticité des circulaires rompues, n'intervient pas ici.

Il m'a semblé, de plus, que le bord postérieur du manche du marteau était comme dénudé par le processus destructeur dans ces cas.

Si nous envisageons maintenant les résultats de la thérapeutique, nous devons avouer qu'ils sont très peu satisfaisants dans ces deux cas. Bien que l'écoulement, franchement purulent dans l'un, sanguinolent dans l'autre, ait été complètement tari, les perforations ne sont pas encore fermées à l'heure actuelle, et en outre, le premier cas s'est un instant compliqué de mastoïdite pendant le traitement même.

Quant à la cause première de cet insuccès, il me semble plus que probable qu'il faut accuser simplement l'origine grippale du mal dans l'observation n° I, et la survenue de l'influenza au cours du cas n° II. L'action perturbatrice de la grippe n'a plus besoin d'être démontrée, après les innombrables exemples qu'elle en a fournis au cours de la grande épidémie de 1889-1890. Pendant celle de 1891, j'ai eu occasion d'en observer également plusieurs exemples dont voici un assez curieux : il s'agissait d'une demoiselle, âgée d'environ quarante ans, chez laquelle j'avais constaté depuis longtemps une sclérose lentement progressive à l'oreille gauche. En janvier 1890, elle fut prise d'otite moyenne aiguë grippale du côté droit. Cette affection guérit avec une certaine lenteur, fait remarquable chez cette personne d'ailleurs parfaitement saine.

La perforation cicatrisée, l'ouïe ne revint pas complètement, et j'assiste, depuis cette époque, au développement assez rapide d'une sclérose à cette oreille. J'ajouterai que tout dernièrement, un séjour prolongé au bord de la mer, où la malade s'est rendue malgré les réserves les plus formelles de ma part, a donné une impulsion nouvelle à l'affection, qui a fait des progrès singulièrement rapides pendant cette période.

Faudra-t-il, dans les deux observations communiquées

plus haut, outre l'influenza, attribuer une importance particulière à la forme et à la localisation spéciales des perforations ? et celles-ci seraient-elles déterminées, elles aussi, par l'élément grippal de la maladie ? Comme ces cas ne sont qu'au nombre de deux, il m'est impossible de me prononcer là-dessus ; il serait intéressant d'apprendre si d'autres spécialistes ont rencontré des cas analogues, s'ils ont surtout vu cette forme spéciale de perte de substance tympanique et, supplémentairement, si elle est propre à l'otite grippale ou non.

Il ne serait pas moins intéressant d'apprendre, à un point de vue plus général, si la grippe, venant provoquer ou compliquer d'autres maladies que celles de l'oreille, aurait imprimé à leur allure et à leurs terminaisons, un cachet spécial, différent de ce qui a été observé pendant la grande épidémie de 1889-1890.

---

## II

### CARCINOME DE LA CORDE VOCALE GAUCHE. LARYNGOFISSURE. MORT CINQ JOURS APRÈS.

Par le Dr **L. LICHTWITZ**, de Bordeaux (1).

L'observation que je vais rapporter présente quelque intérêt tant au point de vue du diagnostic clinique et microscopique qu'au point de vue de l'intervention chirurgicale.

M. H..., âgé de 53 ans, vient me consulter le 7 novembre 1889 pour une extinction de voix qui a apparu au mois d'août et qui persiste depuis lors. Le malade nous raconte que, depuis 2 ou 3 ans, il a déjà eu à plusieurs reprises de foris

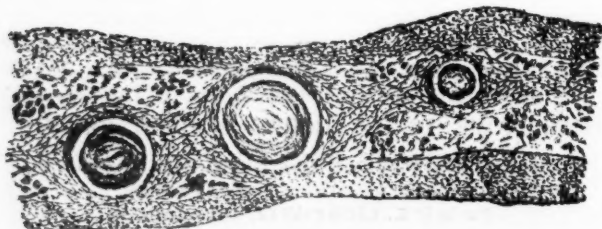
(1) Communication faite à la Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris. Séance du 3 juillet 1891.

enrouements disparaissant habituellement au bout de quelques jours. Dans les intervalles la voix, toutefois, n'étant jamais complètement claire.

Son état général a toujours été bon. Pas de syphilis. A part l'extinction de la voix, il n'éprouve aucun trouble du côté du larynx, ni pour la respiration ni pour la déglutition, et il ne ressent aucune douleur.

A l'examen laryngoscopique, je pus constater un gonflement fusiforme à surface lisse et d'un aspect gris-jaunâtre, qui occupait les deux tiers antérieurs de la corde vocale gauche sans aller tout à fait jusqu'à l'angle antérieur du larynx ; sur le tiers postérieur de la même corde il existait, au contraire, une dépression et une coloration rouge foncé. La corde se mouvait moins bien que sa congénère. Rien d'anormal sur les autres parties du larynx. Pas de ganglions infiltrés dans la région du cou.

L'aspect du larynx me fit penser tout de suite à la présence d'une tumeur maligne ; mais, pour confirmer mon diagnostic, j'enlevai un morceau de la tumeur, qui fut examiné par le



Dr Ferré, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Dans une consultation à laquelle assistaient aussi le médecin de la famille et le professeur Demons, M. Ferré nous soumit les coupes, qui contenaient quelques corps cornés (voir *fig. 1*) et il confirmait mon diagnostic laryngoscopique.

Néanmoins il fut décidé qu'on extrairait encore un autre fragment et qu'en attendant on ferait subir au malade un traitement spécifique.

Sur les instances du beau-frère du malade, qui avait déjà perdu un membre de sa famille d'un cancer du larynx et qui dési-



rait que le diagnostic microscopique fût confirmé par un autre anatomo-pathologiste, j'envoyai la préparation à M. le professeur Waldeyer, de Berlin, qui eut l'obligeance de l'examiner et de donner l'avis suivant, que je traduis textuellement :

(Lettre du 22 janvier 1890).

« Les préparations que vous m'avez envoyées contiennent sans aucun doute des corps cornés concentriques. Mais ces corps sont très petits et en nombre trop restreint pour permettre à eux seuls le diagnostic de « carcinoma keratoïdes ». Ils ne permettent pas d'affirmer ce diagnostic, parce qu'on découvre aussi dans les préparations de longues papilles lamineuses, épaissies, en forme de massue à leur extrémité libre et qu'on rencontre parfois aussi dans les tumeurs papillaires quelques corps cornés. Cependant, toutes les fois qu'on les observe, ils rendent la tumeur *suspecte*, car, d'après moi, des tumeurs papillaires bénignes peuvent devenir carcinomateuses, et cela dans les cas où l'épithélium, au lieu de s'étendre à la surface, se propage dans la profondeur du tissu.

« Je conseille de voir avec attention si la tumeur est plutôt *limitée et circonscrite* et si elle a une surface papillaire bien nette ; alors on pourrait attendre et essayer de l'extirper par voie endolaryngée.

« Mais si elle était, au contraire, *diffuse*, qu'elle ressemblât plutôt à un épaississement de la corde vocale et qu'elle ne fût pas nettement limitée, n'offrant pas un aspect papillaire, il faudrait penser en premier lieu à un carcinome.

« Votre description de l'aspect extérieur du néoplasme parle en faveur de la dernière hypothèse ; puis c'est la couleur gris-jaunâtre qui m'inspire des craintes. L'aspect rappelle tout à fait la préparation provenant de la tumeur de l'empereur Frédéric. Les coupes des fragments enlevés par Mackenzie et examinés par Virchow me furent montrées par ce dernier. Elles offraient le même aspect que votre préparation, c'est-à-dire elles contenaient quelques corps cornés et des papilles couvertes d'un épithélium épaissi. Virchow avait hésité et avec raison, à conclure qu'il s'agissait d'un carcinome, et vous voyez que bien qu'instruit par ce cas, je n'ose pas porter non plus ce diagnostic chez votre malade.

« Le plus souvent les plus petits fragments qu'on peut enlever ne suffisent pas pour porter un diagnostic certain ; il faut que

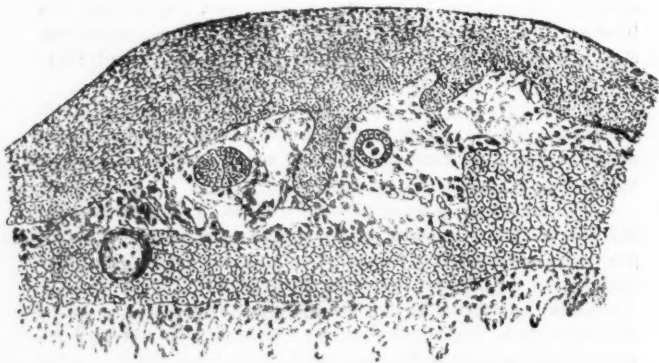
l'aspect laryngoscopique et la marche clinique viennent en aide.

« MM. Gerhardt et Bergmann avaient fait leur diagnostic en se basant seulement sur des données analogues ; en effet, dans leur cas, l'examen microscopique, s'il n'affirmait pas le diagnostic, au moins ne l'infirmerait-il pas non plus.

« Lorsque j'avais à examiner les crachats de l'empereur Frédéric à San Remo, le diagnostic n'était plus difficile, car dans chaque crachat il y avait plusieurs perles cornées, souvent réunies en grappes. »

WALDEYER. »

En attendant cette réponse, le malade avait subi le traitement antisypilitique, sans que l'aspect de la corde vocale se fût modifié. Dans le second fragment enlevé, M. Ferré constatait un épithélium épaissi (voir *fig. 2*).



M. Waldeyer, qui a bien voulu examiner cette seconde préparation, m'écrivit à la date du 30 janvier (traduction textuelle) :

« La préparation — d'ailleurs très nette et bien faite — provient certainement d'une coupe oblique (*ab*) du néoplasme tel que l'indique la figure suivante (voir *fig. 2 bis*). On y voit l'épithélium très épaissi et du tissu lamineux avec des cellules rondes et des vaisseaux.

« Je considère le tissu lamineux comme provenant des papilles coupées obliquement,

« S'il était possible d'avoir des coupes verticales (*vd*) on pourrait facilement se prononcer. Mais il faudrait pour cela avoir un fragment du centre de la tumeur, c'est-à-dire du point où elle est le plus développée.

« La préparation que j'ai sous les yeux, pas plus que la première, ne fournit pas des données certaines. Il est important de remarquer si la tumeur *s'accroît*.

« Dans tous les cas j'opérerais et j'enlèverais toute la corde affectée, car la tumeur, c'est certain, présente tout au moins un épaississement de l'épithélium avec des corpuscules cornés. La tumeur est donc déjà suspecte et peut devenir carcinomateuse si elle ne l'est pas déjà.

« Je vous serais obligé de vouloir bien m'envoyer plus tard des détails sur ce cas, qui m'intéresse vivement.

« WALDEYER. »

Déjà, avant de recevoir cette lettre, sur les instances de M. Ferré et sur les miennes, il avait été décidé qu'on opérerait le malade le plus tôt possible.

M. Demons se proposait de pratiquer la laryngofissure après trachéotomie préalable et d'enlever toutes les couches molles de la moitié gauche et de la paroi postérieure du larynx.

L'aspect du larynx ne s'était guère modifié. Les petites plaies dues à l'ablation des fragments s'étaient cicatrisées et s'étaient comblées trop rapidement peut-être.

Les autres parties du larynx et l'espace sous-glottique semblaient être indemnes, sauf la surface antérieure de la paroi postérieure du larynx, qui présentait une légère voussure.

La voix qui, après la deuxième ablation des fragments de la tumeur, s'était améliorée, s'était de nouveau éteinte.

Le 4 février 1890, trois mois après mon premier examen, M. Demons pratiqua la trachéotomie basse préliminaire. Une bronchite consécutive empêcha de pratiquer la laryngofissure à bref délai.

Cette opération ne fut faite que le 22 février.

Le malade endormi, M. Demons changea la canule simple contre la canule de Trendelenburg et fit la thyrotomie. Puis, pendant que j'éclairais de mon mieux, à l'aide d'un miroir concave tenu à la main, l'intérieur du larynx très difficile à voir, malgré le fort écartement des deux moitiés du cartilage thyroïde, M. Demons enleva la corde vocale et la bande ventricu-

laire gauche, racla la paroi postérieure du larynx et finalement cautérisa profondément au thermocautère le fond de la plaie.

L'opération dura plus de trois heures, car on fut obligé de l'interrompre à plusieurs reprises à cause des accès d'étouffement dus à la pénétration du sang dans les bronches malgré la canule à tampon.

Après avoir suturé la plaie extérieure, on plaça une sonde œsophagique à demeure pour l'alimentation du malade.

Dès le lendemain, fièvre avec tous les symptômes d'une pneumonie hypostatique.

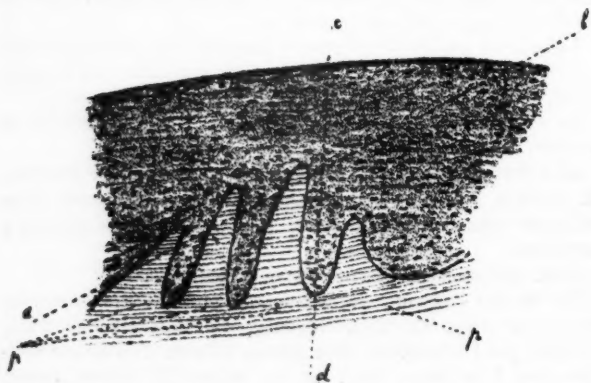
Le troisième jour, température de 40,6; les pulsations variaient de 120 à 130, et le nombre des inspirations, qui, le troisième jour, était de 40 à la minute, tombait brusquement le quatrième jour à 22, pour remonter après à 35.

Ce qui frappait surtout, c'était l'absence presque complète de toute expectoration après l'opération, malgré de fortes doses d'apomorphine. On entendait pourtant à l'auscultation de gros râles sur toute l'étendue de la poitrine.

Cette absence d'expectoration s'était déjà déclarée dès la fin de l'opération.

Le cinquième jour, le malade mourait; l'autopsie ne put pas être faite.

L'examen des parties enlevées pratiqué par M. Ferré fit reconnaître d'une manière évidente la nature cancéreuse de la



tumeur (fig. 3). Toutes les parties enlevées, même de petits

fragments de cartilage, montraient une dégénérescence carcinomateuse.

M. Ferré en concluait que la tumeur avait déjà envahi les couches les plus profondes du larynx, et que la récidive aurait certainement suivi l'opération en cas de survie du malade.

Voici encore l'opinion de M. Waldeyer sur les préparations des parties extirpées pendant l'opération.

(Lettre du 17 mai 1890).

« Sans aucun doute il s'est agi dans votre cas d'un carcinome vrai. Les deux plus grandes préparations en fournissent la preuve absolue. Des traînées épithéliales et des corps cornés isolés se trouvent au milieu du tissu lamineux.

« Il faut encore mentionner la prolifération considérable de l'épithélium avec des corps cornés. Votre cas diffère de celui de l'empereur Frédéric par le développement considérable du tissu lamineux, qui permet de classer la tumeur dans le groupe des cancers *squirreux*. Le cancer de l'empereur Frédéric revêtait plutôt un caractère *médullaire*. »

WALDEYER. »

Ce cas montre de nouveau les difficultés d'un diagnostic précoce et certain du cancer primitif du larynx.

En effet, à part les troubles de la phonation, il n'existait aucun symptôme subjectif, ni douleurs, ni dysphagie, ni hypersécrétion, ni dyspnée.

Objectivement, il y avait les données fournies par le laryngoscope (la tuméfaction fusiforme de la corde vocale gauche, sa coloration et sa paresse dans les mouvements) et les données fournies par le microscope.

L'aspect laryngoscopique, bien qu'il me fit soupçonner une tumeur maligne, n'était cependant pas suffisamment caractéristique pour tenter, en se basant sur lui seul, une extirpation d'une partie du larynx.

Quant à l'examen microscopique des morceaux enlevés, les anatomo-pathologistes distingués qui avaient à juger les mêmes préparations, différaient dans leur interprétation. Tandis que M. Ferré concluait avec certitude à une tumeur maligne, M. Waldeyer déclarait seulement les préparations comme suspectes et n'osait porter un diagnostic

absolument affirmatif. Cependant il conseillait, comme M. Ferré, l'extirpation de la corde.

Les difficultés, pour les anatomo-pathologistes, de poser un diagnostic certain dans des cas pareils, proviennent de ce qu'on ne réussit pas facilement à enlever un fragment appartenant à la base de la tumeur qui, seule, contient les signes caractéristiques.

Aussi ne faut-il pas trop compter sur un diagnostic positif fait à l'aide du microscope, et je crois qu'il est bon de suivre le conseil que donne Semon dans son rapport sur les recherches collectives tendant à élucider la question sur la transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes (*Internat. Centralbl. f. Laryngol.*, tome V, p. 319):

« On peut, s'il est nécessaire, enlever à plusieurs reprises des fragments de tumeurs douteuses par voie endolaryngée, à moins qu'il n'apparaisse pas de symptômes cliniques qui ne rentrent pas dans la symptomatologie des tumeurs bénignes et qui confirment le caractère malin de la tumeur suspecte. Dans ces cas, il ne faut plus ajourner l'opération radicale jusqu'à la confirmation du diagnostic par le microscope. »

Il ne me reste qu'un mot à dire sur la méthode opératoire que nous avons choisie pour extirper la tumeur. Croyant avoir affaire à une tumeur assez limitée, nous avons décidé de pratiquer la laryngofissure. Bien qu'il faille attribuer l'insuccès de l'opération dans notre cas à la pénétration du sang dans les poumons, je crois qu'il vaut mieux avoir recours, dans des cas semblables, à l'hémilaryngectomie.

La simple thyrotomie a le désavantage d'offrir un champ opératoire difficilement accessible et difficile à éclairer. L'ablation des parties suspectes ainsi que l'hémostase se font dans une demi-obscurité. Puis l'examen laryngoscopique ne nous permet pas de désigner d'avance à l'opérateur les limites de la tumeur qui, comme dans le cas présent, avait déjà envahi la charpente cartilagineuse du larynx.

Il est donc plus prudent et en même temps plus facile de faire dans ces cas l'hémilaryngectomie, qui mettra le malade à l'abri des récidives bien plus que la laryngofissure.

En publiant cette observation, mon but était non seulement de montrer la difficulté d'un diagnostic précis en se basant exclusivement sur l'examen microscopique d'une parcelle prise à la surface de la tumeur, et la difficulté opératoire que peut présenter la laryngofissure, mais encore de rectifier la statistique en y ajoutant un nouveau cas d'insuccès. En effet, les statistiques sont en général trop favorables parce qu'on a beaucoup trop la tendance à ne publier que les cas heureux.

### III

#### SUR UN CAS DE FORMATION D'EXOSTOSES MULTIPLES DU CRANE AVEC ATROPHIE UNILATÉRALE DE LA FACE

Par le Dr **Alfred KRAKAUER** (1), de Berlin.

COMMUNICATION ET DÉMONSTRATION A LA SECTION OTIATRIQUE DE LA 64<sup>e</sup> RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS A HALLE-SUR-SAALE. Septembre 1891.

Messieurs, la pièce anatomique que j'ai aujourd'hui l'honneur de vous présenter provient d'une fillette de 12 ans, qui me fut adressée au commencement de cette année par mon collègue, M. Karewski, pour l'examen des oreilles.

L'enfant qui, depuis les premières années de sa vie, est atteinte de scrofule et d'une otorrhée gauche intermittente, présentait au premier coup d'œil plusieurs particularités : 1<sup>o</sup> dans la région du bord orbitaire inférieur gauche se trouve une cicatrice qui — nous le dirons immédiatement — provenait d'une opération que M. Karewski avait pratiquée avec succès l'an dernier pour l'enlèvement d'une exostose papillaire située

(1) Notre collaborateur, qui vient de succomber si malheureusement, n'a pu corriger cette dernière œuvre qu'il nous avait fait l'honneur de nous envoyer.

à l'endroit où le processus zygomatique, le maxillaire supérieur et l'arc zygomatique se rencontrent; 2° une seconde exostose est située à la protubérance mentonnière du maxillaire inférieur gauche; 3° une troisième exostose, très grande, se trouve à l'os frontal droit, recouverte par le cuir chevelu. La malade présente depuis environ six mois de la surdité de l'oreille gauche et porte: 4° une tumeur, qui atteint l'ouverture du conduit auditif externe gauche. Cette tumeur, recouverte d'une peau normale, représente certainement une quatrième exostose. Elle ferme hermétiquement l'ouverture du conduit auditif, de telle sorte qu'on ne peut pénétrer avec un stylet très fin entre la tumeur et la paroi du conduit auditif. L'ouïe est pour la conductibilité de l'air = 0, la conductibilité des os est conservée. Le diapason vertex est perçu à gauche, l'expérience de Rinne donne un résultat négatif. Il existe une légère douleur à l'oreille gauche. Il n'était naturellement pas possible de fixer d'une manière certaine l'insertion de la tumeur, mais je regardai comme vraisemblable qu'elle provenait de la paroi supérieure du conduit auditif.

De plus, toute la moitié gauche du visage était atrophiée, et cette atrophie ne touchait pas seulement la partie molle, mais aussi les os.

Je conseillai de décoller le pavillon de l'oreille et le conduit auditif cartilagineux, de couper ce dernier à sa réunion avec le conduit auditif osseux et de le rabattre en avant, afin de constater le siège de la tumeur pour l'enlever au moyen de ciseaux.

La première partie de l'opération fut conforme au programme, la seconde partie offrit plus de surprises. Quand le pavillon fut rabattu en avant, on vit qu'en dehors de l'exostose, qu'on pouvait voir de l'extérieur, il en existait une autre, et quand le tissu eut été séparé encore plus loin, on en aperçut une troisième. Les trois exostoses, plus ou moins larges à la base, siégeaient sur la paroi du conduit auditif antéro-supérieur et occupaient toute la partie osseuse, tout près de l'anneau tympanique. Toute la partie antéro-supérieure de la paroi du conduit auditif ainsi que l'agglomération d'exostoses fut enlevée avec les ciseaux, et on obtint de la sorte la pièce que vous avez sous les yeux. Dans la profondeur de la plaie, il n'y avait qu'un peu de pus grumeleux. Après que le pavillon eut été remis en place et recousu, on plaça, sur mon conseil, un drain épais dans le conduit auditif et on l'introduisit jusque près de la membrane du tympan, comme Stake l'a recommandé dans son



opération. La guérison suivit par première intention et l'otorrhée cessa après quelques pulvérisations antiseptiques. A l'examen que j'ai pratiqué le 12 septembre de cette année, j'ai vu clairement la cicatrice de l'opération dans le conduit auditif; il ne s'était produit aucun rétrécissement. Le conduit auditif tout entier était un peu dilaté. Il existe sur la membrane du tympan une cicatrice en forme de cœur. L'ouïe est modérément diminuée.

Ce qui m'a porté à publier cette observation, c'est surtout la coïncidence d'exostoses du conduit auditif avec la formation d'exostoses multiples du crâne et une hémia-trophie faciale; coïncidence qui, à ma connaissance, n'a pas été encore relatée jusqu'ici et qui n'est pas signalée non plus dans l'*Anatomie pathologique du conduit auditif* de Steinbrügge, qui a paru récemment.

Selon moi, cette coïncidence prouve que, même si dans notre cas il existait une otorrhée ancienne, celle-ci peut avoir favorisé la formation des exostoses, tandis que l'étiologie véritable reste aussi obscure, si l'on ne veut pas regarder la scrofule de l'enfant comme une suite de la syphilis héréditaire, que Toynbee considère comme la cause de la formation des exostoses. J'incline à conclure, d'après la présence simultanée de l'exostose de l'oreille avec d'autres exostoses du crâne, que la première et l'otorrhée n'étaient que des manifestations diverses du même trouble trophique, qui n'apparaissent que rarement l'une à côté de l'autre.

La présence d'exostoses chez les enfants est aussi assez rare. Bezold, dans de grandes recherches scolaires, n'a jamais rencontré d'exostoses de l'oreille, et Wagenhäuser a été étonné d'en voir chez un jeune homme de 17 ans. Le plus jeune sujet sur lequel on ait trouvé une exostose de l'oreille est une petite fille de 4 ans, observée par Field.

La présence de plusieurs exostoses dans la même oreille a été signalée, mais rarement; je doute que les exostoses dont on a rapporté les cas aient atteint la taille de celles que nous avons observées.

Je n'ai pas encore pratiqué l'examen microscopique de la tumeur afin de pouvoir vous montrer la préparation intacte.

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité des maladies des oreilles, pour les étudiants  
et les médecins.**

La littérature otologique allemande vient de s'enrichir d'un nouveau traité qui aura sans doute beaucoup de succès. La plupart des traités allemands sur la matière sont, en effet, à de rares exceptions près, beaucoup trop volumineux : ils paraissent ne s'adresser qu'aux spécialistes. Le livre de M. Rohrer, au contraire, est bien fait pour les étudiants et pour les praticiens ordinaires, auxquels il apporte, sous une forme concise et très claire, les notions les plus utiles et les plus complètes sur les maladies de l'oreille et sur leur traitement.

Ce n'est pas à dire que les spécialistes n'y trouveront rien d'intéressant pour eux : il suffirait de rappeler avec quelle ardeur M. Rohrer étudie la mycologie de l'oreille pour affirmer qu'on y rencontrera des notions originales. De fait, l'auteur signale à chaque instant ses propres recherches, invoque ses observations et ses statistiques, donne son opinion sur les points controversés de l'otologie.

Il est difficile de le suivre pas à pas, et nous ne ferons qu'indiquer rapidement les grandes lignes de son livre. Le premier quart est consacré aux notions générales sur l'anatomie comparée, le développement de l'oreille chez l'homme, l'anatomie et la physiologie, les méthodes d'exploration de l'oreille, du nez et de la gorge, et les résultats qu'elles donnent.

A propos des maladies de l'oreille externe, il rappelle ses travaux sur les microbes que l'on trouve dans l'eczéma, dans les bouchons cérumineux, etc. Pour les maladies de l'oreille moyenne il indique aussi avec soin l'état de la bactériologie, insiste avec raison sur la nécessité d'un traitement antiseptique rigoureux, et recommande, à tous ses chapitres, une attention vigilante du côté du nez et du pharynx. Il semble n'être qu'un partisan modéré du cathétérisme à outrance, comme on le pratique trop généralement : par contre, il se loue beaucoup de l'emploi des appareils de Delstanche, le raréfacteur et le mas-

seur. Il va sans dire que les affections de l'oreille moyenne occupent la plus grande partie du livre ; les travaux les plus récents, notamment ceux qui concernent la thérapeutique, y sont partout bien indiqués.

Nous croyons inutile d'insister sur les autres chapitres du livre, qui sont traités avec le même soin et qui seront consultés avec fruit en raison de la simplicité et de la clarté de l'exposition. Le volume se termine par un court chapitre sur la surditité, dans lequel M. Rohrer insiste sur la nécessité d'une prophylaxie raisonnée et sur la nécessité de soumettre les petits sourds-muets à un traitement qui pourra amener la guérison, comme il en rapporte un cas. Ajoutons que les figures, qui sont très nombreuses, ont été particulièrement soignées.

M. LANNOIS.

**Contribution à l'étude des abcès du cervelet consécutifs aux otites**, par le Dr L.-G. JOURDANET. (*Thèse de Lyon*, juillet 1891.)

Les complications qui peuvent survenir du côté du cervelet sont beaucoup moins fréquentes que celles qui atteignent les méninges ou le cerveau : aussi ont-elles moins préoccupé les auteurs, tant chirurgiens qu'otologistes. Signalées incidemment dans les traités ou publiées seulement sous forme d'observations isolées, d'ailleurs nombreuses, elles n'ont encore donné lieu à aucun travail d'ensemble. L'attention est cependant de nouveau éveillée sur elles depuis que les progrès de la chirurgie ont permis de faire sans danger la trépanation de la boîte crânienne, et surtout depuis que Macewen a publié une observation remarquable de guérison par l'évacuation de la cavité purulente formée dans le cervelet.

Sous l'inspiration de M. le Dr Gangolphe, M. Jourdanet vient de faire un intéressant travail dans lequel il a rapproché un certain nombre d'observations et qui, sans trancher toutes les difficultés, apporte cependant quelques notions utiles sur la question.

L'otite moyenne suppurée chronique, dit M. Jourdanet, se complique assez souvent d'abcès du cervelet, dans la proportion de 3 sur 10 cas d'abcès encéphaliques otitiques. Les abcès cérébelleux sont plus fréquents chez l'adulte que chez l'enfant, en raison de l'absence, chez ce dernier, de cellules mastoïdiennes bien développées : ils peuvent coexister avec ceux du cerveau dans la proportion de 5 0/0.

L'abcès du cervelet est généralement unique, tantôt en rapport direct avec la lésion primitive, tantôt séparé par une couche de tissu sain. Un fait qui mérite d'être signalé, c'est que les abcès cérébelleux sont fréquemment de date déjà ancienne au moment de l'autopsie. Ils peuvent s'accompagner de thrombose des sinus, méningite de la base, lésions viscérales, etc., qui contre-indiquent l'intervention chirurgicale.

Le chapitre consacré à la clinique est celui qui prêterait le plus à la critique dans le travail de M. Jourdanet. Il est vrai que la tâche était ici particulièrement difficile, car rien n'est plus obscur, dans la grande majorité des cas, que le diagnostic des abcès du cervelet. Sauf quelques cas rares, on sera presque toujours amené à trépaner le cervelet comme l'a fait Macewen, c'est-à-dire après avoir pratiqué une trépanation infructueuse au niveau du lobe temporo-sphénoïdal. C'est, d'ailleurs, l'opinion à laquelle arrive notre auteur.

Mais nous appellerons spécialement l'attention sur le chapitre de l'intervention chirurgicale. L'auteur fait ressortir toutes les difficultés de l'opération elle-même et de l'anesthésie; il indique avec soin le point d'élection pour la couronne du trépan, c'est-à-dire, comme l'a conseillé Poirier, le milieu de la ligne reliant la pointe de l'apophyse mastoïde à l'apophyse occipitale externe; enfin il décrit minutieusement les temps de l'opération et les soins consécutifs, en un mot, donne d'une manière complète le manuel opératoire.

M. LANNOIS.

#### ASSOCIATION BRITANNIQUE DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

NOVEMBRE 1890 (1).

##### KENDAL FRANKS. — *Lymphadénome des amygdales.*

Homme de 46 ans, présentant tous les signes d'une obstruction nasale; depuis plus de 15 ans, souffre de la gorge et d'hypertrophie des amygdales. Adénopathie sous-maxillaire, axillaire, cervicale. Tout cela dépendait d'une maladie de Hodgkin. Les amygdales furent enlevées dans une opération au cours de

(1) D'après le *Journal of Laryngology and Rhinology*.

laquelle l'asphyxie plusieurs fois imminente, obligea à faire la trachéotomie.

Le malade se remit de l'opération, mais fut emporté par les suites de l'affection générale. Plusieurs chirurgiens et spécialistes avaient porté le diagnostic de sarcome des amygdales; Sir James Paget et l'auteur furent de ceux qui infirmèrent ce diagnostic, le sarcome n'attaquant jamais à la fois les deux amygdales.

LENNOX BROWNE. — *Cas montrant la possibilité de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée comme facteur étiologique des papillomes chez les enfants.*

Troubles de la voix ayant débuté fin décembre 1889; curetage en plusieurs séances, mais repullulation de la tumeur; cautérisation à l'acide chromique sous le chloroforme; malgré cela, vers le milieu de 1890, Lennox Browne trouva sur la corde vocale droite trois tumeurs évidemment de nature verruqueuse, l'une au niveau de la commissure antérieure, l'autre surtout à la partie supérieure de la corde, une troisième plus en avant, près du bord libre de la corde gauche. L'enfant respirait bien par le nez, ne ronflait pas et se mouchait bien.

L'opération de l'ablation de ces tumeurs avec la pince fut faite sous le chloroforme malgré la grande difficulté; cependant le larynx fut débarrassé en 3 séances.

L'enfant fut prise 15 jours après l'opération de crises nerveuses, de terreurs nocturnes. On trouva qu'il y avait, après ablation des amygdales, derrière le voile du palais, une grande masse de végétations adénoïdes. La guérison s'ensuivit complète.

LENNOX BROWNE. — *Enclavement méconnu d'une dent artificielle pendant vingt-deux mois; enlèvement heureux.*

Femme de 35 ans, de grande taille, mais extrêmement émaciée; ne pesant que 98 livres; on avait même un moment posé le diagnostic de phthisie ou de cancer. Au laryngoscope l'auteur vit en travers du larynx fixé dans chaque fosse hyoïde un fragment de dent artificielle, divisant le larynx en deux. Il fallut pousser loin l'anesthésie afin d'obvier aux accès de dyspnée, pour enlever le corps étranger. Celui-ci avait été dégluti pendant la nuit au cours d'une crise d'épilepsie à laquelle la malade ignorait être sujette. Guérison.

HUNTER MACKENZIE. — *Immobilité progressive d'une corde vocale et sa valeur diagnostique.*

Deux observations tendant à montrer que l'immobilité n'existe pas dans la syphilis de la corde vocale. Mackenzie ne peut encore dire si elle a été observée dans d'autres affections que le cancer et le tubercule. Il y a peu de chose à dire pour la cause immédiate de cette immobilité progressive de la corde vocale; elle est sans nul doute due à l'infiltration des couches profondes et des muscles par la tumeur ou le dépôt de nouvelle date.

LENNOX BROWNE. — *Immobilité persistante de la corde vocale droite après guérison complète d'une attaque d'hémiplégie.*

Homme de 42 ans, habitué à chanter beaucoup; jamais de troubles vocaux avant un refroidissement perçu le long du cou suivi quatre semaines après d'hémiplégie, et la voix devint sourde. Pas de syphilis. Corde vocale droite fixée en position médiane, très légèrement courbée; à première vue, gonflement des plis aryéno-épiglottiques et des cartilages aryénoïdes. A noter qu'à l'âge de 14 ans le malade avait eu une scarlatine suivie d'un abcès cervical, mais la voix n'avait pas subi la moindre atteinte.

DUNDAS GRANT. — *Tumeur d'une corde vocale; opération.*

Homme de 50 ans, sans antécédents importants; vers la fin de 1889, phénomènes ressemblant à de la tuberculose laryngée. Corde vocale droite remplacée par une masse modulaire, rose pâle, projetée en travers de la ligne médiane pendant la phonation, semblant descendre en bas de la glotte. Corde droite congestionnée, mais bien mobile. Derrière l'angle de la mâchoire inférieure gauche, on sentait une glande hypertrophiée; il s'agissait d'une néo-formation épithéliale. Trachéotomie, section du cartilage thyroïde, il fallut enlever tout l'intérieur du larynx; le malade resta deux heures et demie sous le chloroforme sans accidents. Il guérit.

SANDFORD. — *Oesophagotomie chez un syphilitique.*

Homme de 29 ans, sujet à des accès de démence; le 18 février, impossibilité d'avaler; à 9 pouces des dents, arrêt de la sonde par un corps dur, résistant. Malade gai, amusé des examens. Après chloroformisation, incision à droite longue de

4 pouces ; œsophage atteint par direction entre trachée et gros vaisseaux ; muscle omo-hyoïdien sectionné entre deux ligatures. Dans l'œsophage, grosse pierre de 620 « grains », triangulaire, mesurant environ un pouce  $\frac{3}{4}$ , épaisse de  $\frac{3}{4}$  de pouce. Pas de suture de la plaie œsophagienne, suture au fil d'argent après insertion d'un drain de la plaie du cou. Mort le 7<sup>e</sup> jour d'épuisement dû à l'excitation maniaque ; dans l'intestin, 8 pierres de différent volume. Ce cas serait le 47<sup>e</sup> rapporté depuis 1735.

MAYO COLLIER. — *Paralysie post-diphthéritique du palais.*

Peu de symptômes du côté du pharynx ; un mois après, troubles vocaux, ingurgitation des liquides à travers le nez. Paralysie de tous les muscles du voile ; écoulement de l'oreille droite, surdité complète de ce côté, ouïe diminuée à gauche. Le muscle tenseur du voile, suivant Ross, était innervé par le ganglion sphénoïdien, mais Mayo Collier a vu plusieurs cas où la maladie de la portion intra-cranienne du facial a été associée à une paralysie complète de l'élévateur du palais. Dans d'autres cas, une affection de la portion intra-cranienne du ganglion sphénoïdien avait aussi causé une paralysation complète de l'élévateur du palais ; dans un cas récent, où on avait enlevé le ganglion de Méckel, pas de trouble du voile, ce qui montre qu'il peut y avoir d'autres sources nerveuses, peut-être deux. Les muscles entourant des tubes creux ne sont pas en règle générale gouvernés par des centres intra-crâniens, mais dérivent leur influence nerveuse de ganglions voisins. C'est probablement ce qui s'est produit dans le cas présent ; c'est ce qui expliquerait l'état des parties, paralysie complète due à une affection du tube nerveux.

MAYO COLLIER. — *Végétations symétriques (syphilitiques) sur les cordes vocales.*

Syphilitique ayant eu plusieurs accès de catarrhe du larynx. Voix devenue enrouée ; frange bien marquée de végétations verruqueuses à la partie supérieure d'une corde vocale, excroissances papillomateuses dues à la syphilis et à des attaques du catarrhe répétées. Ablation avec la pince. Pour obtenir l'anesthésie de la gorge, la cocaïne fut bien inférieure, ainsi que Collier en avait l'expérience, aux simples gargarismes à l'eau froide, à la glace et surtout à l'entraînement progressif qui s'ensuit. Iodure de potassium pendant trois mois, au bout des-

quels on constata un tubercule sur la muqueuse de la corde droite; la même chose survint à gauche absolument symétrique, évidemment due à l'infection par contact. Pas de traitement local, le perchlorure de mercure, l'iodure de potassium firent presque disparaître les végétations. Le défaut de soin les a fait revenir, et M. Collier se propose de les opérer avec un instrument fait comme un spéculum rectal avec trois ressorts se fermant jusqu'à avoir le diamètre d'un crayon ordinaire. R. L.

---

### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

---

Séance du 10 janvier 1890 (1).

Présidence de M. B. FRAENKEL.

(Berlin. kl. Woch., n° 39, 29 septembre 1890.)

#### A. — A propos de la blennorrhée de Störk.

GRABOWER présente un cas qu'il considère comme appartenant à la blennorrhée de Störk. Le malade, âgé de 25 ans, présentait, il y a 6 ans, au milieu d'une santé excellente, un écoulement nasal verdâtre épais, qui disparut sans traitement après avoir persisté 3-4 ans. Depuis cette époque, le malade se plaint d'une sensation de sécheresse dans le nez et dans la gorge. Depuis un an et demi s'est développé un enrouement assez marqué. La muqueuse des cornets et du septum est sèche, recouverte de croûtes noirâtres et non atrophiées.

A l'examen du rétropharynx, on retrouve sur la voûte pharyngée ces mêmes croûtes et un mucus épais à l'extrémité postérieure des cornets inférieur et moyen.

La muqueuse laryngée est pâle. On aperçoit à l'angle antérieur des cordes vocales inférieures, et *seulement pendant l'inspiration* une masse grise légèrement rosée, semblant adhérer avec

(1) Ce compte rendu antérieur à ceux qui nous ont été envoyés par notre regretté collaborateur le Dr Krakauer n'avait pas encore été publié.



la face inférieure des deux cordes vocales, faisant saillie dans la lumière laryngée.

Elle disparaît pendant les efforts de phonation. Elle s'avance presque jusqu'au milieu des cordes vocales et s'y termine par un rebord concave. A la lumière solaire, les deux premiers anneaux de la trachée apparaissent épaissis et présentent quelques points purulents.

Le malade vient de l'Allemagne du Nord, c'est-à-dire d'une contrée autre que celle où Störk a observé la blennorrhée des voies aériennes supérieures (Galicie, Pologne). En second lieu, la maladie a eu une évolution beaucoup plus rapide que les malades de Störk.

Cependant Grabower arrive par exclusion (tuberculose, syphilis, laryngite atrophique) à cette conclusion qu'il s'agit de l'affection décrite par Störk. La masse gris rougeâtre compacte qui existe à la commissure antérieure est constituée par un tissu de granulations nées sur le fond d'une érosion développée sous l'influence d'une irritation causée par l'écoulement des sécrétions sur le bord des cordes vocales. Le traitement doit consister à séparer les deux cordes par le galvanocautère.

Pour SCHOETZ, il s'agit d'un catarrhe atrophique du nez, du pharynx et du larynx ainsi que le montre la présence de croûtes. Celles-ci, au lieu de siéger comme d'habitude à la partie postérieure, se voient à la région antérieure du larynx. La tumeur de la commissure antérieure est un repli de la muqueuse, qu'on observe presque normalement et qui en impose parfois aux débutants par une adhérence des cordes vocales.

Dans le cas présent, ce repli est le siège d'un processus catarrhal intense. Comment admettre une voix claire et une respiration libre s'il existait une adhérence des cordes atteignant leur moitié antérieure. Le traitement doit être médical (iodure de potassium et inhalations) et non chirurgical.

P. HEYMANN a eu plusieurs fois l'occasion d'examiner les cas présentés, notamment à la Société de médecine de Berlin, comme blennorrhée de Störk. Il s'agissait de cas présentant plus d'une affinité avec ce qu'a décrit Störk, mais en différant cependant ; on n'y observe pas d'épaississement de la trachée.

B. FRAENKEL est assez embarrassé en présence de ce cas, n'ayant jamais vu de blennorrhée de Störk. Il existe là un catarrhe rhino-pharyngo-laryngé atrophique avec adhérences sous-glottiques. Après les opérations (celles de papillomes) consécu-

tivement aux ulcérations tuberculeuses se montrent des adhérences dans tous les points de la glotte et les adhérences dans les faits d'ulcérations de la région de la commissure antérieure ne sont nullement rares. Peut-être est-il survenu ici à la région où existe l'adhérence, une ulcération à une époque déjà éloignée de la vie (diphthérie, scrofule).

*B. — Diphthérie et muguet.*

SCHADEWALD remarque que les médecins de Berlin portent souvent à tort et à travers le diagnostic de diphthérie toutes les fois qu'il existe un exsudat blanc dans la gorge.

D'après lui, le diagnostic est en effet difficile et l'on peut voir une angine lacunaire évoluer vers la diphthérie grave et une angine avec dépôts blancs abondants guérir très rapidement.

Il n'existe pour lui aucun signe certain et il en propose un assez sûr; lorsque l'affection reste stationnaire, traîne en longueur, ce n'est pas de la diphthérie. Celle-ci a une évolution plus troublée, elle progresse ou disparaît.

Tel est le moyen de diagnostic le plus sûr avec les pseudo-diphthéries fibrineuses, scarlatineuses, syphilitiques du muguet.

Nous sera-t-il permis de rappeler que dans le pays de Bretonneau et de Trousseau, on ne se contente pas de signes aussi contingents, et qu'on sait, en se fondant sur l'aspect des fausses membranes, sur l'état général des sujets, etc., ne pas confondre une angine pultacée, lacunaire, etc., avec la diphthérie vraie. Certes, il ne saurait être nié que certains cas trompent le clinicien le mieux exercé (Roux et Yersin ont étudié ces cas au point de vue bactériologique et bien établi qu'il peut exister des angines pseudo-membraneuses non diphthéritiques), mais ces erreurs sont relativement exceptionnelles.

P. T.

---

PRESSE ÉTRANGÈRE

---

**Le menthol dans les affections des voies aériennes supérieures,**  
par POTTER. (*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1<sup>er</sup> février 1890,  
in *Journ. of Laryng.*, n° 7, 1890.)

L'auteur emploie une solution de 1 à 40 0/0 dans l'huile de pé-

trole de préférence à l'huile d'olive. Elle peut être aisément pulvérisée par tout appareil à large orifice. La solution peut être portée à 50 0/0. Au-dessus de 25 0/0, on s'est servi du menthol en inhalation; en dessous de ce degré, en application directe. Si la solution est trop forte, elle causera de vives douleurs. Quoique rafraîchissante et agréable, la solution n'a pas semblé avoir d'effet marqué sur la rhinite aiguë ordinaire et ses diverses formes. Il y a eu rarement bénéfice marqué dans des cas de simple rhinite chronique. Avantage marqué après opérations sur les voies nasales. Grand avantage comme traitement accessoire dans la rhinite atrophique où l'on peut s'en servir à 35 0/0 pour diminuer ensuite.

Le menthol peut être employé avec bon résultat dans les inflammations aiguës et chroniques du pharynx et de la bouche; il diminuera fréquemment la durée d'une attaque de mal de gorge, si l'on s'en sert de bonne heure; il a rendu des services pour des inflammations subaiguës et chroniques du larynx. Il diminue, dans la tuberculose du larynx, les hypersécrétions et guérit les ulcérations, mais a peu d'effet sur les infiltrations.

La dysphagie est moindre, la nutrition s'améliore. R. L.

**Traitement de la tuberculose laryngée par la créoline et le naphthol**, par FAVITZKY. (*Meditz. Obozr.*, n° 19, 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

Avec la créoline, résultats bien peu satisfaisants. Le plus souvent, aucune amélioration; dans quelques cas, amélioration très légère, mais très passagère, quelquefois même suivie d'aggravation.

Quant au naphthol, son action sur le processus morbide était limitée à une diminution des infiltrations et à une légère amélioration dans l'aspect des ulcérations. Dans aucun cas on n'observa quelque chose dans le genre d'une guérison. R. L.

**Contribution à la pathologie des crises laryngées et autres dans le tabes**, par GIESEN. (*Med. News*, 5 mars 1890, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

Cas de tabes avec accès laryngés pendant la dernière année; une des crises fut fatale. Au microscope, lésions de névrite chronique sur les racines du vague et la portion accessoire de l'accessoire du spinal des deux côtes. Cette lésion est probablement plus fréquemment cause des crises laryngées que les lésions centrales.

Deux classes de crises laryngées : 1° Avec état normal des constricteurs et dilatations de la glotte ; crises par spasme réflexe des adducteurs ; 2° cas plus nombreux où les constricteurs et dilateurs sont plus ou moins paralysés.

La première forme peut être produite par une névrite des racines de la portion accessoire de la 11<sup>e</sup> paire, irritant les fibres sensitives du larynx et à laquelle correspond une impulsion motrice du vague fermant la glotte par contraction des adducteurs. La seconde espèce peut être due à un degré de névrite altérant le vague, d'où, à la fois, incapacité motrice des adducteurs et abducteurs. L'expérience sur les animaux ayant montré la prédominance des adducteurs, une diminution de l'énergie de ces deux ordres de muscles rendrait l'équilibre instable. Quand il y a névrite à la fois du vague et des nerfs accessoires, les conditions sont favorables pour produire de violentes crises.

R. L.

**Sténoses trachéales**, par GROSSMANN. (*Wien Klin.*, in *Journ. of Laryng*, n° 6, 1890.)

Traité complet du sujet ; au début étiologie reconnaissant comme causes externes : des tumeurs bénignes et malignes du corps thyroïde dont une liste est donnée pour les cas rares, compression par tumeurs des glandes lymphatiques, hygromas, inflammation aiguë et chronique du tissu cellulaire, anévrysmes.

Les rétrécissements intra-trachéaux sont dus à des maladies internes du conduit et secondairement à des opérations comme la trachéotomie ou l'usage des canules. Les inflammations les plus dangereuses sont érysipélateuses et phlegmoneuses. L'œdème peut être de cause perichondritique, métastatique, ulcéralive par granulation. Après trachéotomie, il peut y avoir des éperons, un gonflement de la muqueuse par tirage à l'inspiration, formation de valvules dans les muqueuses, affaiblissement du cartilage, formation de cicatrices, etc.

Les neoplasmes sont rares. Lange a observé une intussusception traumatique de la trachée ; le malade ne pouvait respirer qu'en renversant la tête et finit par se suicider : diagnostic fait à l'autopsie.

Pour le diagnostic le symptôme le plus important est le bruit caractéristique. A un certain degré, le rétrécissement est compensé par une respiration lente et profonde, si bien que dans quelques cas les malades ignorent leur dyspnée. L'auteur traite longuement de l'influence des sténoses sur le cœur ; presque

toujours, le pouls est plus lent et plus fort. Mécaniquement et par l'effet de la mauvaise oxidation du sang, la pression du système veineux est augmentée. A ce moment le cœur est si malade, que même si l'on remédie à la sténose par la trachéotomie, une amélioration n'est pas souvent possible. Le diagnostic se fait par le laryngoscope. On peut souvent voir directement la place sténosée. Quelquefois, par la paralysie de la corde vocale gauche ou des deux, on peut diagnostiquer un anévrysme ou une tumeur comprimant le nerf récurrent. Pronostic variant suivant l'étiologie et la curabilité. Comme traitement basé sur la cause: dilatation, dans le cas de cicatrices; de néoplasmes, extirpation; de sténoses par compression, opérations sur le corps thyroïde ou les néoplasmes.

R. L.

**Traitement des sténoses membraneuses dans la région sous-glottique**, par JACOBSON. (*Meditzina*, n° 1, 1890, p. 7, in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 8, 1890.)

Assez rarement dues à un traumatisme pour le larynx et la trachée; traitement difficile, souvent peu satisfaisant; toujours préférer un traitement endo-laryngé à la laryngo-fissure; il est mieux supporté, se fait sans chloroforme et sans aides indispensables; il peut être répété aussi souvent que possible et rétablit mieux les fonctions.

R. L.

**Sur 32 cas d'intubation dans la diphtérie laryngée**, par URBAN (*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, Bd 31, Heft 1 et 2, in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Résultats très mauvais; dans 18 cas il fallut faire ensuite la trachéotomie: 3 fois pour faire manger le malade; 10 fois pour la dyspnée; 4 fois pour une soudaine obstruction du tube; une fois pour œdème des replis aryténo-épiglottiques. Tous moururent. Urban pense que le tubage a quelques avantages; absence d'hémorrhagie, d'anesthésie et d'aides, mais qu'il n'est applicable que dans certains cas. Mais il est si inférieur à la trachéotomie qu'on ne l'essaie plus.

R. L.

**Plaie pénétrante de la trachée; guérison rapide**, par GORODETZKY. (In *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Plaie de 4 centimètres de long, horizontale à la partie antérieure du cou au niveau de la fosse jugulaire; pénétrant la paroi antérieure de la trachée, un peu à droite de la ligne médiane, sur une longueur d'environ un centimètre. Quand le malade

tenait la tête droite, la blessure de la peau était bien close et la parole à voix haute possible. La peau fut suturée après hémostase par compression ; pansement antiseptique. Quatre jours après, léger emphysème sous-cutané, un peu de toux avec expectoration sanguinolente, léger mal de tête, douleurs autour du cou et du sternum. Température ne dépassant pas 37,6; pouls à pas plus de 82; respiration toujours facile et libre. Guérison par première intention; le cinquième jour, enlèvement des sutures. Sortie le sixième jour.

B. L.

**Traitement des affections du larynx dans la tuberculose**, par le Dr CHARTERS J. SYMONDS. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 10, p. 420; 1890.)

Les méthodes de traitement en usage actuel sont, avec l'application d'acide lactique, de menthol, d'iodoforme, le curettage suivi d'application d'acide lactique, enfin la trachéotomie.

Le but opératoire est de guérir toux et dysphagie, d'améliorer la santé en permettant la déglutition; diminuer la possibilité de l'affection pulmonaire; produire une guérison plus rapide dans les cas disposés à guérir spontanément.

Les cas les plus favorables sont: 1° ceux où il n'y a pas de signe d'affection pulmonaire; 2° ceux où il y a dysphagie marquée et toux, avec maladie des poumons mais lente; 3° ceux où la lésion pulmonaire est précoce ou chronique.

L'auteur propose: 1° détruire la lésion tuberculeuse du larynx par un irritant ou de l'enlever par érosion ou curettage; 2° d'employer surtout l'acide lactique; 3° les méthodes endolaryngées suffisent à enlever et traiter la maladie dans la majorité des cas.

R. L.

**Etude anatomique des relations du vague et des rameaux sympathiques l'un avec l'autre dans la région du larynx.** — Contribution à l'explication du shock suivant l'extirpation du larynx, par le Dr ALPIGER. (*Langenbeck's, Arch.*, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 11; 1890.)

Il y a 2 ans Stærk déclarait la mort par schock consécutive à l'extirpation du larynx par des troubles d'innervation du cœur. Par section du rameau cardiaque la régularité du cœur est interrompue et la paralysie du cœur s'ensuit. Pour éclaircir ce point, Alpiger a examiné 19 cadavres et conclut (1): l'anastomose du laryngé supérieur avec le cardiaque supérieur bran-

che du sympathique est fréquente. Quelquefois il n'y a qu'une anastomose unilatérale et dans ces cas un des cardiaques supérieur sympathique manque (2) : le rameau cardiaque supérieur manque assez souvent, surtout à droite. Il est probable que le rameau anastomotique a des fibres dépressives et que si elles sont coupées, il en résulte une accélération du cœur. La paralysie ne peut être expliquée par le résultat de ces recherches anatomiques.

R. L.

**Verruca dura du Larynx**, par le Dr BERGENGRUN. (*Virchow's Archiv.* B. 118, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 11; 1890.)

Dans la région aryénoïdienne saillies blanchâtres du volume d'un pois, durs, base large, facilement enlevables. Mobilité normale du larynx. Muqueuse en état de catarrhe chronique. Au microscope il s'agissait d'une véritable verrue.

R. L.

**Cas de lèpre des piliers et du larynx**, par SIMANOWSKY. (*Vratch.*, n° 38, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

Lèpre tuberculeuse type chez une paysanne de 38 ans; nez, lèvre supérieure, portion entière de la bouche garnie de tubercules; catarrhe chronique nasal, croûtes, érosions de la narine gauche multiples. Sur le voile, à la jonction des piliers antérieurs, tache légèrement inclinée du volume d'un pois, entourée d'un halo diffus rougeâtre; taches semblables sur le pilier postérieur droit, l'amygdale. Epiglote à bords épaissis, tache au milieu. Épaississement et congestion des aryénoïdes et des cordes ventriculaires; les autres cordes également plus larges et gris rougeâtres. Catarrhe chronique grave du larynx.

R. L.

**Abcès péritrachéal avec pleurésie consécutive séro-purulente**, par ISBOLDIN. (*Bolnitchnaia Gazeta Botkina.*, n° 19, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

Dans la convalescence de rougeole suppuration et désagrégation des glandes péritrachéales; abcès ouvert dans la plèvre correspondante, apparition rapide d'une pleurésie séro-purulente; costotomie, empyème; évacuation d'un liquide abondant. Mort douze heures après l'opération de paralysie du cœur.

R. L.

**Acide chromique dans l'épistaxis habituelle**, par POGORELSKY. (*Meditzina*, n° 51, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

Jeune garçon de 17 ans, ordinairement bien portant, hémorrha-

gies profuses avec symptômes de congestion céphalique. Série de cautérisations aux points sources des hémorrhagies, les uns après les autres amenèrent la guérison définitive après deux mois de traitement.

R. L.

**Deux cas de rhinosclérome**, par ROBERTSON. (*The Satellite*, juillet 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

Affection excessivement rare en Angleterre ; survint chez deux sœurs de 33 et de 40 ans. La première prise à 16, la seconde à 17 ans. Le premier cas débuta par un gonflement dur, douloureux de la lèvre supérieure, saignant souvent. Adhérences vers la gencive quand l'œdème disparut après trois ans. Dans la narine droite parut une masse large, dure, douloureuse, obstruante ; même chose survint ensuite à gauche. Perte des dents. Dans les derniers cinq ans, enrouement, aphonie, difficulté pour respirer. Il existe un élargissement bulbeux du nez, avec sténose complète des deux ouvertures avec formation membraneuse comme une toile d'araignée. Tissus durs, avec plaques pseudo-cartilagineuses. Luette rétractée, voile pâle. Une bande blanche brillante, descendait derrière le pilier postérieur jusqu'à l'épiglotte pâle, avec masse nodulaire à son sommet. Muqueuse laryngée pâle et épaissie, comme celle couvrant les cartilages arytnoïdes. Bandes ventriculaires pâles et élargies, dépassant les cordes vocales pendant l'élocution, parcourues suivant leur longueur par des bandes pâles, pseudo-cicatricielles. Cordes vocales jaunes pâles, filtrées et limitées dans leurs mouvements. Tache de sclérose dans la trachée.

Deuxième cas identique.

Diagnostic avec syphilis et lupus ; la première fut facilement éliminée ; le lupus était exclu par l'absence de pertes de substance, d'ulcérations, d'odeur, de suppurations fétides, de cicatrices réouvertes, ou de lésions cutanées dans le voisinage.

Au microscope, tissus infiltrés d'un amas de cellules à aiguilles et rondes, plus petites que les cellules à granulations, entassées dans les papilles qui étaient plus grosses que normalement. Elles envahissaient le chorion et contenaient de nombreux vaisseaux sanguins.

R. L.



**Nouvelles recherches sur le streptocoque des muqueuses en rapport avec l'étiologie du catarrhe nasal**, par PASQUALE. (*Giornale Internaz. delle Science Med.* 15 août 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

Dans les cultures, diplocoques et streptocoques, plus petits que ceux de Fraenkel, ne colorant pas par le Gramm; morphologiquement semblables à un de ceux décrits par Babes, mais ne poussant pas dans la gélatine et clairement aérobie.

Les inoculations prouvent également la différence d'avec le streptococcus de Fraenkel. Au maximum de développement, mis sous la peau de lapin, il produit la gangrène et reste inoffensif. Il perd sa virulence, manque dans les sécrétions de la bouche ou du pharynx. Pasquale ne croit pas à la pathogénie de ce rhino-streptocoque dans le coryza.

R. L.

**Contribution à l'histologie normale de l'organe de l'olfaction chez l'homme**, par SUCHANNEK. (*Arch.f. Microsk. Anat.*, vol, 36, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1890.)

L'épithélium olfactif chez les adultes et les enfants d'un certain âge ne couvre pas d'une façon continue les régions dites olfactives du méat supérieur et de la portion voisine du septum; il est limité à des portions irrégulières de la voûte des fosses nasales. Par exception, au microscope, une pigmentation marque sa place, mais peut exister sans lui. Pour diagnostiquer certainement la présence des cellules olfactives il faut : 1° une rangée de fins poils (Riechhaerchen); 2° une rangée de protoplasma de 0,015 à 0,018 d'épaisseur, formée par les extrémités périphériques des cellules olfactives; 3° la présence de cellules non pigmentées avec noyaux libres. Chez les adultes se trouvent aussi des cellules en forme de bouteilles dites par l'auteur Glockenzellen; 4° une différence entre les noyaux de cellules de support (Stutzzellen) et les cellules olfactives; 5° l'existence d'une zone de noyaux des cellules olfactives; 6° la présence d'une rangée de cellules locales, qui n'est pas séparée de la couche cutanée par aucune tunique propre; 7° la pigmentation de l'extrémité périphérique de cellules de soulèvement; 8° la présence de glandes de Bowman et de fibres olfactives dans la tunica propria et l'agglomération de pigment entre les glandes, les nerfs et les fibres olfactives.

R. L.

**Quelques réflexions pratiques sur la maladie de l'antre**, par le Dr BOSWORTH. (*Boston Med. and surg. Journ.* ; 26 juin 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 11 ; 1890.)

Ordinairement due à une maladie des cavités nasales, surtout aux polypes. On trouve souvent en même temps de la rhinite aiguë, rien de certain pour la rhinite chronique. Pas de cas observés où la cause ait été une dent cariée. Principal symptôme, issue de pus louable de l'une ou de l'autre narine, ordinairement en avant ; quelquefois simulation de catarrhe nasopharyngien postérieur. Douleur vive le long des branches du nerf facial. Bosworth dit que le pus louable ne provient que d'une maladie des sinus accessoires. Le difficile est de déterminer s'il s'agit des sinus de l'antre, sphénoïdaux, ethmoïdaux ou frontaux.

Mieux vaut percuter avec l'index placé sur le trou sous-orbitaire que sur l'os molaire ; la submatité indique une maladie de l'antre. Bosworth préconise l'opération par l'alvéole et l'insertion du tube de Bordman avec nettoyages fréquents. R. L.

**Déviation de la cloison nasale**, par le Dr NIKOLAI P. SIMANOVSKY. (*Vratch*, n° 37, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 11 ; 1890.)

Sur 974 malades (603 hommes et 371 femmes), pas plus de 49 (24 hommes et 25 femmes), avaient une cloison parfaitement symétrique et droite ; 345 fois elle était partout irrégulière avec épaississements ou éperons ; 191 fois fortement infléchie à droite ; 188 fois à gauche ; 124 fois oblique ; 17 fois en S ou en zigzags.

La position est donc presque toujours irrégulière, au moins pour la population de Saint-Petersbourg. R. L.

**Cylindres médicinaux pour le nez dans le traitement de la fièvre de foin, du catarrhe et de la diphtérie nasale, de l'ozène**, par le Dr SCANES SPICER. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9 ; 1890.)

Cylindres creux en glyco-gélatine, gradués ; contenant des substances variées telles que morphine, azotate de bismuth, iodoforme, etc. L'auteur en a été très content dans les cas énumérés et aussi après les opérations dans les narines, l'eczéma des narines, le catarrhe post-nasal et la coqueluche. R. L.

**Valeur de la méthode de dilatation forcée de Hewetson, surtout pour le traitement de la sténose nasale antérieure,** par le Dr WILLIAM HILL. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

William Hill a employé cette méthode dans 21 cas d'obstruction nasale antérieure bien nette avec des résultats très encourageants; il croit l'opération très utile, quoique à un moindre degré, dans la sténose moyenne.

R. L.

**Maladies des cavités accessoires du nez et issue de liquide cérébro-spinal à travers le nez,** par BERG. (*Nord Med. Archiv.*, 1889, in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Ostéomes du sinus frontal chez un homme de 37 ans; 13 tumeurs ostéoides enlevées en trépanant le sinus, dilaté surtout vers le crâne; la dure-mère fut très exposée pendant l'opération. Le malade fut débarrassé d'une migraine tenace, en même temps issue d'un fluide aqueux abondant.

Chez une dame de 25 ans, hydropisie des sinus sphénoïaux; céphalalgie; diminution de la vue par atrophie des deux nerfs optiques; liquide aqueux venant du nez. Trépanation de la partie postérieure de la paroi interne; après quoi liquide jaunâtre, abondant, remplissant l'orbite.

Le liquide provenait peut-être des vaisseaux lymphatiques, faisant communiquer la cavité sous-arachnoïde et la muqueuse du nez et non d'une fistule naso-cranienne par augmentation primitive du liquide cérébro-spinal. Quant à l'atrophie nerveuse, elle résulte d'une propagation du processus inflammatoire des vaisseaux lymphatiques dans la cavité sphénoïdale dans les espaces sous-méningés et sous-arachnoïdiens.

R. L.

**Kyste osseux du nez,** par MAJOR. (*Montreal Med. Chir. Soc. trans.* 27 juin 1890, in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Corps globuleux partant dans le méat moyen du cornet moyen; il en sortit à la ponction du liquide séreux jaunâtre; ablation par écrasement; il était composé d'une mince couche d'os, transparente, du volume d'une petite cerise.

R. L.

**Observations rhino-laryngologiques sur l'influenza,** par HERZOG. (*Assoc. des méd. de Styrie*, 1890, in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 8, 1890.)

Dans 150 cas d'influenza, coryza séreux aigu; dans 7 cas, catarrhe nasal purulent avec névralgie sus-orbitaire. Épistaxis

fréquent. Dans le pharynx, occasionnellement hyperémie diffuse, de même dans le naso-pharynx. Dans un cas, l'auteur vit une inflammation aiguë de la partie interaryténoïdienne avec toux simulante celle de la phthisie. Les phthisiques furent très défavorablement influencés; pas de cas de mort. Après guérison de l'influenza, rarement persistance du catarrhe des voies respiratoires supérieures.

B. L.

**Cas rare de malformation du nez**, par LANDOW. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1890, B. 6; in *J. of Laryng and Rhin.*, n° 8, 1890.)

Enfant de 5 semaines; moitié droite du nez normale, partie moyenne couverte de peau. Au lieu de la gauche, corps long d'un centimètre et demi, large de  $\frac{3}{4}$  de centimètre, ressemblant à une trompe d'éléphant; on l'extirpa; 4 ans après, il restait une petite fistule à la place.

R. L.

**Classification des maladies intra-nasales et naso-pharyngiennes**, par LENNOX-BROWNE. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 7, 1890.)

#### I. — Cavités nasales.

a) Rhinite aiguë : a) simple ou non spécifique; b) spécifique ordinairement purulente (fièvres, diphtérie, syphilis, gonorrhée, morve, etc.); c) nerveuse, hay-fever ou rhinite périodique hyperesthésique et pseudo hay-fever.

b) Rhinite chronique : a) simple; b) hypertrophique simple, spécifique, rhinosclérome; c) atrophique simple, spécifique strume, syphilis, tubercule, lupus, lèpre; d) rhinite caséuse.

#### II. — Conditions morbides de la charpente ostéo-cartilagineuse et de la cloison.

Hématome, abcès; perforations non spécifiques, spécifiques : fièvres, syphilis, lupus, lèpre; rétrécissements, déviations et difformités : développement, traumatismes; hypertrophie ou épérons cartilagineux, ostéo-cartilagineux; nécroses ou caries, synostoses.

#### III. — Nouvelles tumeurs d'origine muqueuse, osseuse ou cartilagineuse.

Nou malignes (polypes) : myxo-fibromes, muqueux-myomes, fibromes, cystomes, papillomes, enchondromes, osteome, exostose; malignes : sarcome, carcinome.

IV. — *Névroses.*

Du nerf olfactif : anosmie, parosmie, etc. ; de la cinquième paire : anesthésie, hyperesthésie ; du nerf facial : parésies des ailes.

V. — *Corps étrangers.*

Physiques : rhinolithes, etc. ; biologiques : larves, etc.

VI. — *Cavités accessoires, comprenant :*

Antre, sinus frontaux, sinus ethmoïdaux, sinus sphénoïdaux : catarrhe, empyème, nouvelles tumeurs, etc.

VII. — *Cavité naso-pharyngienne.*

Catarrhe postnasal ; hypertrophie de l'amygdale du pharynx, tumeurs adénoïdes ; nouvelles tumeurs, fibrome, etc.

Le reste de l'article est destiné à établir et à défendre cette classification.

R. L.

**Obstruction nasale et respiration par la bouche comme facteurs de l'étiologie de la carie dentaire et dans le développement du palais voûté**, par SPICER SCANES. (*Transact of the odont. Soc. of Great Britain*, janvier 1890, in *Journ. of Laryng.* n° 6, 1890.)

L'auteur a été frappé de l'irrégularité des dents chez les malades avec obstruction nasale et chez ceux respirant par la bouche, ainsi que par la fréquence du palais voûté et les irrégularités des dents, c'est-à-dire la croissance en dehors et en avant des canines, l'obliquité et la saillie des incisives de la mâchoire supérieure.

L'obstruction nasale est plus fréquente chez les Européens civilisés que chez les nègres, les Peaux-Rouges, etc. Ceux-ci sont presque tous des respirants par le nez. Les animaux sont exempts d'obstructions nasales. Dans les races civilisées, ces obstructions sont dues aux milieux, c'est-à-dire au chauffage des maisons et aux changements de température. La muqueuse nasale se gonfle, s'enflamme, s'hypertrophie, et il n'y a pas de tendance à une guérison spontanée. Les sécrétions irritantes excitent les canaux lymphatiques et les follicules du naso-pharynx ; il s'ensuit des végétations adénoïdes. (Suivant les vues de l'auteur, celles-ci doivent être plus communes chez l'adulte, cependant elles sont plus fréquentes chez l'enfant et tendent à s'atrophier vers l'âge adulte.) La respiration par la bouche conduit aux caries dentaires par l'augmentation du flot de micro-organismes et d'oxygène dans le courant inspiratoire, par la

production d'états congestifs et inflammés de la muqueuse buccale, avec sécrétion accrue d'un mucus très acide; par le dessèchement des sécrétions de la bouche, et en favorisant leur adhérence ainsi que celle des débris organiques aux creux et aux irrégularités des dents; par l'altération des positions des lèvres, des fosses, de la langue en rapport avec les dents, si bien que ces dernières cessent d'être continuellement humectées de salive par action de la langue; par la substitution d'un bain d'air froid au bain tiède de salive, qui coule incessamment dans la bouche quand celle-ci est fermée et emporte tous débris et micro-organisme qui peuvent y être rassemblés.

Le palais très voûté, les alvéoles et les dents du maxillaire supérieur irréguliers, associés avec l'obstruction du nez, admettent l'hypothèse d'une non-affectation prolongée des canaux du nez à leur fonctions naturelles pendant l'accroissement de l'organisme, menant à une évolution entravée de la charpente du nez. La cloison et les sinus sphénoïdaux y contribuent et ne font pas abaisser les apophyses palatines du maxillaire, pendant que le reste de la face et les alvéoles bien utilisés continuent de croître. La ligne médiane du palais osseux le long de l'insertion du vomer tend à garder sa position de l'enfance. Le poids de la mâchoire inférieure, se baissant pendant la respiration buccale, agit à travers les tissus des joues, et presse sur les alvéoles du maxillaire supérieur, diminue l'espace disponible pour la sortie des canines et des autres dents, lesquelles, par suite, prennent une position irrégulière.

R. L.

**Symptômes oculaires dus aux maladies des cavités nasales**, par HAMILTON. (*Trans. inter. col. med. Congress of Australasia*, 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

1° Empyème de l'antre, rhinite hypertrophique unilatérale gauche, contraction concentrique du champ visuel de toutes les couleurs, asthénopie accommodative, hyperesthésie rétinienne, sensations de lumière particulièrement subjectives, photophobie avec blépharospasme et névralgie infra-orbitaire. L'évacuation de l'empyème et sa guérison fut suivie par la guérison des symptômes oculaires.

2° Echinodrose du cartilage triangulaire et rhinite chronique avec asthénopie, douleur du globe de l'œil, injection des yeux quand on travaillait de près, blépharospasme, contraction des champs visuels. Tous les symptômes oculaires disparus après ablation de la saillie.

3° Épine de la cloison osseuse causant une grande chorée, asthénopie, sensation colorée subjective, éternuement, champs visuels rétrécis. Guérison par enlèvement de l'épine.

4° Rhinite chronique atrophique avancée, avec hypertrophie du cornet moyen causant asthénopie, photophobie, lésions de la paupière inférieure, diminution du champ visuel. Amélioration concordante des yeux et du nez.

5° Ozène syphilitique, asthénopie, larmoiement, champs visuels rétrécis. Même résultat.

6° Polypes naso-pharyngiens avec symptômes oculaires semblables à ceux mentionnés.

7° Tumeurs postnasales. Dans 106 cas les symptômes oculaires coexistaient 51 fois; 22 fois, conjonctivite catarrhale; 7 fois, conjonctivite folliculaire; 16 fois, granuleux; 6 fois, blépharite.

R. L.

**Mensuration du sens de l'odorat à l'examen clinique**, par ZWAARDEMAKER. (*Lancet*, 29 juin 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

Description d'un olfactomètre, inventé par l'auteur pour l'estimation exacte du degré d'anosmie qui peut exister en un cas donné.

R. L.

**Notes sur l'asthme thyroïdien et son traitement chirurgical**, par WRIGHT. (*Manchester med. Chronicle*, mars 1890; in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5, 1890.)

Sont dits asthmes thyroïdiens des cas où une dyspnée intense a été causée par une pression latérale d'une glande thyroïde hypertrophiée sur la trachée. Dans trois cas, ce n'était qu'une simple hypertrophie; une fois le malade était un crétin; une dernière fois, il y avait coïncidence de tous les symptômes de la maladie de Graves.

Quatre malades étaient de jeunes adultes, le cinquième un enfant de 2 ou 3 ans. Comme traitement, il y eut deux trachéotomies; deux fois l'isthme seul fut sectionné, une fois la trachée fut ouverte et l'isthme divisé 24 heures plus tard. Quatre morts; l'enfant succomba à la broncho-pneumonie; un à l'œdème du poumon, l'obstruction n'étant que diminuée; deux par glissement de la canule par suite de la profondeur de la trachée à la surface. Le malade guéri était un jeune homme chez lequel on fit la section de l'isthme dans l'intervalle des accès de dyspnée.

Points à établir dans cette variété d'asthme : 1° le début des symptômes est souvent soudain, pressant, spasmodique ; 2° ils sont dus à la pression latérale directe sur la trachée ; 3° la pression mécanique ne peut être soulagée que par des moyens artificiels ; 4° la trachéotomie, très difficile, entraîne les dangers consécutifs de cellulite, de glissement des tubes, de complications pulmonaires ; 5° la division de l'isthme thyroïdien est comparativement une simple opération ; souvent, il s'ensuit une diminution de la glande, qui soulage la dyspnée et évite les maux produits par l'ablation entière. L'hémorrhagie est rarement considérable ; 6° en cas de trachéotomie il faut un très long tube.

Dans la pensée de l'auteur, le mot d'asthme thyroïdien correspond à l'asthme thymique.

R. LEUDET.

**Erysipèle de la face consécutif à une diphtérie du pharynx**, par OTT. (*Prager med. Woch.*, 1890, n° 14, in *Journ. of Laryng.*, n° 7, 1890.)

Guérison dans deux cas graves. C'est une complication rare, purement accidentelle vu la différence totale des organismes pathogènes. (Un médecin russe, Dr Betchinsky, de Kiew, a observé des cas analogues qui ont tous guéri, quoiqu'il les ait d'abord supposés sans espoir. Il propose donc d'inoculer l'érysipèle dans les cas graves et croit à l'antagonisme des deux affections.

R. L.

**Corrélation de l'amygdalite folliculaire chez les enfants, avec d'autres affections zymotiques**, par A. HONMAN. (*Inter. Colon Med. Congress of Australasia*, 1889, in *Journ. of Laryng.*, n° 7, 1890.)

Cette relation semble justifiée à l'auteur par les nombreuses fois où la maladie prit un caractère épidémique, par la façon persistante dont elle revient à un endroit quand les environs sont malsains, et les symptômes particuliers de son évolution. Début subit, précédé de raideur ou de convulsions, ou de délire furieux. Amygdales et luette rouge foncé ; température 103 à 105 ; pouls vers 120. Vingt-quatre heures après, les amygdales extrêmement congestionnées se touchent au centre ; la luette est œdémateuse. L'exsudation peut être très étendue, blanche, mais moins tenace que la diphtérie. Douleurs dans les jointures, mais pas d'hypertrophie ganglionnaire. Albuminurie fréquente. En 48 heures, ces symptômes ordinairement se calment



et l'enfant est bien le quatrième ou cinquième jour. Dans un cas, un enfant exposé à l'infection ne présenta pas de signes de diphthérie, ce ne fut qu'après rechute qu'elle apparut sur les amygdales, et l'enfant succomba au croup. A trois maisons de là, en existait une où chaque enfant avait été, à plusieurs reprises, pris d'amygdalite folliculaire; ces cas devinrent de plus en plus graves après décès de l'enfant susdit, et trois mois, puis cinq mois après, deux enfants furent pris de diphthérie type.

Dans un autre cas d'amygdalite, la température monta, au beau milieu de la convalescence, à 105, les symptômes devinrent typhoïdes et la mort survint par perforation intestinale.

Une autre fois, un homme sujet à l'amygdalite folliculaire était couché, en proie à une attaque aiguë. Il guérit sans desquamation. Sa sœur eut une attaque peu grave. Ses deux enfants eurent une scarlatine grave avec desquamation, et l'un eut une néphrite. L'orateur croit, d'après la fréquence de ces séries de maladies et l'absence de rapports entre les familles attaquées qu'il a dû y avoir un drainage défectueux. A Williamstown, où cela existe, la maladie devient absolument épidémique, surtout après des averses, quand le sol commence à sécher. Dans le temps chaud, la maladie a également régné. L'auteur cite des cas où la cause probable a été une mauvaise hygiène. Dans une maison, chaque enfant eut une amygdalite folliculaire et il y eut huit cas de fièvre typhoïde.

R. L.

**Anatomie et pathologie chirurgicales des goîtres et des goîtres accessoires**, par WÖLFLE. (*Langenbeck's Arch. in Journ. of Laryng.*, n° 6, 1890.)

Cliniquement, il divise les goîtres en bénins et malins. Les tumeurs bénignes sont : 1° les adénomes fœtaux; 2° les adénomes gélatineux; 3° l'hypertrophie du corps thyroïde; 4° le goitre vasculaire. Cette dernière forme n'a qu'une signification clinique, et non pathologique. Hypertrophie partielle ou complète.

Le goitre peut être bilatéral et entamer la trachée et l'œsophage d'une façon tubulaire. Si le goitre est seulement situé sur les côtés du cou, il a beaucoup moins d'importance chirurgicale que si sa situation est anormale, par exemple entre la trachée et l'œsophage, ou plus ordinairement, comme dans le goitre rétro-sternal, rétro-claviculaire et endo-thoracique.

R. L.

**Anatomie chirurgicale et pathologique du goitre et du goitre accessoire**, par WÖLFLE (Langenbeck's Arch. Bd II, in Journ. of Laryng and Rhin., n° 9, 1890.)

Développement du goitre favorisé par la grossesse; 8 fois sur 36 cette influence fut très remarquable; c'est pourquoi la maladie est plus fréquente chez les femmes. Apparition et disparition rapides.

Influence nocive sur le cœur, sur les entraves de la circulation. Possibilité de troubles cardiaques et de palpitations dans des cas qui ne sont certainement pas des cas de maladie de Graves. Ectasies vasculaires, irritation du vague. Par la compression de son anneau auriculaire, douleurs dans l'oreille. La trachée altérée par la compression peut être entièrement oblitérée, d'où mort. La sonde œsophagienne peut être nécessitée par la compression. Mort subite parfois, due à la compression ou à la torsion de la trachée, à une affection du cœur, à des paralysies des nerfs.

R. L.

**Cas de suppuration dans un carcinome secondaire des glandes cervicales**, par ROBERTS. (Acad. de chirurgie Philadelphie, 7 avril 1890, in Journ. of Laryng., n° 6, 1890.)

L'homme prétendait, un an ou deux avant, avoir reçu près de la bouche une blessure qui n'avait pas guéri; il était resté un épaississement. On ne fit rien, et plus tard apparut une hypertrophie des glandes du cou. Deux chirurgiens conseillèrent leur ablation, comme tuberculeuses. Le traitement antisiphilitique, à peine essayé du reste, ne donna rien.

Quelques semaines plus tard, le nodule labial étant toujours le même, il fallut inciser le gonflement cervical et gratter une grande partie du tissu ramolli. Traitement général. Les ganglions augmentèrent encore; on incisa la tumeur de la lèvre pour faire le diagnostic. Le malade est mort depuis avec gonflement et tuméfaction en avant et sur le côté du cou. R. L.

**Sarcome primitif de l'amygdale. — Traitement par l'électrolyse.** — Mort, par HOLGER MYGIND (J. of Laryng. and Rhin., n° 8, 1890.)

L'auteur n'en a vu qu'un cas sur 7,000 malades de chirurgie. En avril 1888, un homme de 31 ans fut opéré d'une tumeur sur l'amygdale gauche au thermo-cautère; celle-ci ne récidiva jamais, mais au mois de novembre, l'amygdale droite fut prise.

L'électrolyse ne réussit pas à enrayer la marche de la tumeur; la mort finit par venir par suffocation due aux progrès de la tumeur. Il s'agissait de tumeurs formées par un sarcome à cellules rondes, probablement nées dans le tissu endothélial. R. L.

**Inflammation ulcéreuse épidémique sur la muqueuse de la bouche et du pharynx**, par SIMANOWSKY (*Vratch*, nos 1, 4, 5, 7, 1890; in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 8, 1890.)

8 cas observés en 3 mois; 2 atteints seulement de stomatite ulcéreuse, les 6 autres également sur les piliers ou le pharynx, ou les deux à la fois. Cause obscure; on ne trouva rien à l'examen bactériologique; pas d'infection directe notée. Traitement par le chlorate de potasse, l'acide borique ou le salol.

En décembre 1889, S... observa 6 autres cas de stomatite ulcéreuse type (sans affection des piliers ni du pharynx) sur des adultes, dont l'un compliqué d'influenza avec névrose partielle des alvéoles de la mâchoire supérieure. R. L.

**Sténose syphilitique du pharynx**, par JACOBSON (*Vratch*, n° 17, 1890, p. 401; in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 8, 1890.)

Deux cas de cette affection rare; obstruction par une membrane qui fut divisée; cathétérisme avec les tubes de Schroetter et guérison. R. L.

**Papillome lingual heureusement enlevé**, par COVERNTON (*Canadian Practit.*, 16 juin 1890; in *Journ. of Lar. and Rhin.*, n° 9, 1890.)

Large tumeur sessile papillomateuse sur le dos de la langue d'un enfant de 2 ans 1/2, postérieure à la naissance. Galvano-puncture; ablation avec une épingle en fer de lance de la masse ramollie. Guérison en une semaine. R. L.

**Ténisme des piliers et du pharynx**, par le Dr LENNOX BROWNE. (*Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 9; 1890.)

Le terme de ténisme s'applique pour les piliers et le pharynx au cas où il y a une continuelle tendance à avaler ou expulser un corps étranger imaginaire, avec plus ou moins de toux, d'efforts, de douleurs, avec expectoration de petites quantités de mucus et à l'occasion, mais surtout au réveil rejet d'un petit peu de sang. Le ténisme ne s'applique pas seulement au globe hystérique, mais à tous ces symptômes nombreux et subjectifs de la gorge auxquels on avait simplement jusqu'ici assigné une origine nerveuse. Trois conditions principales: 1° hypertrophie

du tissu lymphoïde à la base de la langue et de l'amygdale linguale ; 2° varices des vaisseaux de ces régions ; 3° congestion, plénitude, quelquefois même augmentation de la glande thyroïde.

R. L.

**Micro-organismes de la diphtérie**, par le Dr MAC WEENY. (*Roy. Acad. of Med. in Ireland; Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 11 ; 1890.)

Coupes d'épiglotte d'un enfant mort de diphtérie postscarlatineuse : nombreux micro-organismes en masses irrégulières, dispersés à travers l'exsudat membraneux presque sans structure. Quelques-uns sont des cocci, d'autres des bacilles, les premiers disséminés ou deux à deux ; les bacilles plus petits que le bacille Klebs-Löffler, dont ils se différenciaient en ce qu'ils coloraient par le Gram.

R. L.

**Chancres syphilitiques de la lèvre, de la joue, des piliers**, par le Dr PORAI-KOSHITZ. (*Meditzina* n° 53, 55, 56 ; 1890. *In Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 11 ; 1890.)

1° *Chancre de la lèvre supérieure* ; mode d'infection absent ; maladie caractérisée par une marche exceptionnellement grave en dépit d'un traitement des plus énergiques. Femme contaminée par le coït, délivrée ultérieurement d'une fille avec syphilis congénitale intense ;

2° *Chancre induré de la lèvre inférieure* chez un garçon de 16 ans, qui contamina son frère âgé de 9 ans ;

3° *Chancre buccal* sur la muqueuse de la joue droite ; cicatrice blanchâtre, étoilée au milieu d'une zone rouge vif. Ganglions sous-maxillaires, cervicaux, occipitaux énormément hypertrophiés. Disparition de tous les symptômes après 24 séances de frictions mercurielles ;

4° *Chancre des piliers* chez un homme de 35 ans qui vint consulter pour des bruits dans les oreilles, troubles de déglutition, céphalalgie roséole ; en septembre 1888, son fils de 3 ans contracta un chancre des piliers d'un de ses compagnons de jeux, appartenant à une famille syphilitique. Peu après, il transmit la maladie à sa petite sœur d'un an et demi. En janvier 1889 la mère, enfin, en mars le père, furent infectés de la même façon ;

5° *Chancre des piliers*, syphilis contractée par l'usage des mêmes cuillères.

R. L.

**Polype de l'œsophage**, par SHENDRIKOWSKY (*Meditz. Obozr.*, 1890, n° 19, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12, 1891).

Garçon de 19 ans, respirant la bouche ouverte, tête penchée à droite, face regardant à gauche. Voix rauque avec nasonnement. Tumeur piriforme, fixée par un court pédicule au côté gauche au niveau de la racine de l'épiglotte, ou juste à la jonction des parois du pharynx et de l'œsophage, fermant le gosier, et comprimant la paroi postérieure du larynx (surtout à gauche) un peu plus haut; autre tumeur du volume d'un gros pois. Trachéotomie, ablation à l'examen. Guérison.

La tumeur pesait 20 grammes; son pédicule avait 0,02 de diamètre; elle était formé de faisceaux fibreux avec cellules de tissu conjonctif et contenait des points disséminés de dégénérescence caséuse.

R. L.

**Corps étranger de l'œsophage. Perforation de la carotide.**

**Mort**, par SIMANOWSKY (*Vratch.*, n° 38, 1890, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 12).

Douleur vive au niveau du larynx à la suite de la déglutition d'une pièce de viande cylindrique, maintenue par un fil de fer (en russe *zrazy*). Hémorrhagie foudroyante; trois semaines après, mort. Le fer avait percé la paroi droite, au-dessous du cartilage thyroïde, pénétré dans la carotide et s'était rangé parallèlement au vaisseau; celui-ci avait fini par se perforer après suppuration.

R. L.

---

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

---

### BELGIQUE

#### Oreille.

Perforation traumatique de la fenêtre ovale, par C. Delstauche (Réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Un cas d'épilepsie guéri pendant cinq mois par la rarefaction, par G. Goris (Réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Action des cauterisations de l'apophyse mastoïde, par Hiequet (Réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Electro-acoumètre. Nouvelle méthode pour la recherche de la surdité dans les conseils de milice et de revision, par le Dr Cheval (Broch. de 18 pages, imp. Monnom, *Bruxelles*, 1890).

Notes d'anatomie pathologique concernant l'appareil auditif, par Stocquart (*Arch. méd. et chir. prat.*, *Bruxelles*, n° 6, 1890).

Un cas de perte de connaissance consécutive à un traumatisme auriculaire; cessation des accidents immédiatement après le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec insufflation d'air, par Bayer (*Presse méd. belge*, 19 octobre 1890).

Perforations traumatiques du tympan, par Boland (*Gaz. méd. de Liège*, 30 octobre 1890).

Affections de l'oreille, par Debrœu (*Arch. méd. belges*, mars 1891).

I. — Applications nouvelles de la vaseline liquide au traitement des affections de l'oreille moyenne. — II. Présentation d'instruments. — III. Un cas d'exostose du conduit auditif externe, par C. Delstanche (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Traitement des abcès mastoïdiens, par Guye (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

À propos d'un cas de guérison d'épilepsie réflexe, par C. Goris (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Electro-acoumètre, par Cheval (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

### Larynx et Trachée.

Relation des affections laryngées avec la menstruation, par L. Bayer (1<sup>re</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 23 mai 1890).

Extraction d'une chéloïde trachéale, par C. Goris (1<sup>re</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 23 mai 1890).

Un cas de blessure du nerf récurrent, par Rutten (1<sup>re</sup> réunion des otol. et laryng. belges, *Bruxelles*, 23 mai 1890).

Statistique de 101 cas de trachéotomie pour le croup opérés dans le service chirurgical d'enfants, par Gevaert (*La Clinique*, 10 avril 1890).

Traitement des paralysies laryngées idiopathiques, par Cheval (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 5 juillet 1890).

Traitement de la tuberculose du larynx, par A. Capart (*Presse méd. belge*, 14 décembre 1890).

Traitement de la tuberculose du larynx, par C. Goris (*Presse méd. belge*, n° 51, 1890).

Du traitement de la tuberculose laryngée par la lymphe de Koch, par A. Capart (*La Clinique*, 1<sup>er</sup> janvier 1891).

De l'aphasie transitoire, par Chevalier (*Arch. méd. belges*, avril 1891).

Le tubage du larynx, par Berlo (*Scalpel*, 10 mai 1891).

Paralysie de la corde vocale gauche, par Schuster (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Cancer des poumons, de la trachée et du larynx, par F. Schiffers (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Syphilis. Ulcères spécifiques. Retrecissement syphilitique de la trachée. Trachéotomie. Mort, par Guillaume (*Soc. anat. path. in Presse méd. belge*, 3 mai 1891).

Symptomatologie d'un abcès de la paroi postérieure de la trachée. Trachéotomie. Autopsie, par Jacobs (*Presse méd. belge*, 3 mai 1891).

Le tubage du larynx, par Pollart (*Scalpel*, 5 juillet 1891).

De la spécialisation dans l'enseignement médical. Des relations des études laryngologiques et otologiques avec la médecine et la chirurgie générales. Discours d'ouverture des cours de clinique laryngologique et otologique faits par F. Schiffers (Impr. A. Faust, *Liège*, 1891).

### Nez.

Un cas de polype naso-pharyngien traité par l'électrolyse. Présentation du malade, par Capart (1<sup>re</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, mai 1890).

Tumeurs nasales tuberculeuses, par Hicquet (1<sup>re</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Présentation d'un rhinolith, par F. Schiffrers (1<sup>re</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Du développement et de l'exagération des névroses réflexes par le traitement intranasal, par O. Laurent (1<sup>re</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

Observation d'un cas de polype muqueux de l'antre d'Highmore, par Rutten (1<sup>re</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 25 mai 1890).

De l'oblitération nasale par épaissement symétrique de la cloison, par O. Laurent (*La Clinique*, 21 août 1890).

Curettes électriques pour les végétations adénoïdes du pharynx nasal, par L. Rousseaux (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Tumeur papillaire de l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche, par Noquet (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Traitement du nez d'une livre, par Du Pré (Soc. des Sc. méd. et nat. de Bruxelles; *La Clinique*, 30 juillet 1891).

L'éclairage par transparence dans dix cas d'empyème du sinus maxillaire, par W. Schleicher (*Annales de la Soc. de méd. d'Auvers*, 1891).

### Pharynx et Varia.

Quelques considérations spéciales sur la diphtérie, par G. Gratia (*Annales de méd. et chir.* publiées par le cercle d'études médicales de Bruxelles, H. Lamertin, éditeur, *Bruxelles*, 1890).

L'état actuel de la question de l'origine de la diphtérie, par Goris (*Presse méd. belge*, 9 mars 1890).

Deux cas d'affections rares de la langue (1 urticaire; 2 tumeurs hémorragiques), par Bock (*La Clinique*, 1<sup>er</sup> mai 1890).

Chancre lingual; syphilis secondaire, par Crocq (*Presse méd. belge*, 12 octobre 1890).

Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche. Un cas d'empoisonnement suivi de mort. Autopsie, par Nauvelaers (*Journ. de méd. chir. pharm. de Bruxelles*, 20 novembre 1890).

Un cas d'ulcérations tuberculeuses de la langue, par Charlier (*Presse méd. belge*, n° 51, 1890).

Traitement des angines aiguës, par Capart (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, n° 12, 1890).

Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche, par Nauvelaers (*Journ. de méd. chir. et pharm. de Bruxelles*, 20 février 1891).

Deux cas d'œsophagotomie externe pour corps étrangers, par C. Rœrsch (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, avril 1891).

De la transmissibilité de la diphtérie aviaire à l'homme, par A. Barbier (*Ann. de la Soc. méd. de chir. de Liège*, avril 1891).

Étude sur les électro-thermo-cautères, par Cheval (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryngol. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

Anomalies du voile du palais, par Delie (2<sup>e</sup> réunion des otol. et laryng. belges, *Bruxelles*, 17 mai 1891).

De l'angine de Ludwig. Leçon de F. Schiffrers, recueillie par Duchesne (*Gaz. méd. de Liège*, 6 août 1891).

### RUSSIE

#### Oreille.

Revue bibliographique. De l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, par Stanislas de Stein (Un volume de 430 pages, *Moscou*, 1890)

Un cas de paralysie faciale due à l'otite catarrhale moyenne. Traitement chirurgical de la cavité du tympan, par Galine (*Med. Obozr.*, 1, 1890).

La styrene dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par Tschelzow (*Gaz. clin. de Botkine*, 9 mai 1890).

Trépanation de l'apophyse mastoïde, par Avsitidisky (*Gaz. clin. de Botkine*, 29 mars et 5 avril 1891).

Syphilis de l'oreille, par Ouspenski (Soc. des méd. russes, *Moscou*, 8 mars 1891).

Corps étrangers de l'oreille, par Kœhler (*Nowiny lekarskie*, h. 8, 1891).

### Larynx et Trachée.

Contribution au traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par le menthol, par A.-J. Ossendow-ky (*Vratch*, n° 3, 1890).

Baume du Pérou dans la tuberculose laryngée, par N.-P. Simanowsky (*Vratch*, n° 37, 1890).

Cas de lèpre du larynx et de la gorge, par N.-P. Simanowsky (*Vratch*, n° 38, 1890).

Laryngotomie et dilatation des rétrécissements du larynx, par Bergmann (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 40, 1890).

Cas d'abcès péri-trachéal avec pleurésie séro-purulente consécutive, par L.-G. Ijboldin (*Bolintchnaia Gaz. Botkina*, n° 19, 1890).

Étude sur les ble-sures du larynx, par E. Aronson (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, 20 septembre 1890).

Chute spontanée d'un grand nombre de papillomes du larynx, par S. Eliasberg (*Med. Obozr.*, n° 1, 1891).

Traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Koch, par Kernig et Westphalen (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 12, 1891).

I. Corps étrangers du larynx et de la trachée. — II. Laryngite traumatique ulcéreuse, par A.-T. Zander (*Khirurg. Vestnik.*, décembre 1890).

### Nez.

Déviation du septum nasal, par N. P. Simanowski (*Vratch*, n° 37, 1890).

Inflammation de l'antre d'Highmore, par L. Silitch (*Moscou*, 1890).

Un cas de rhinoplastie, par G.-A. Swijasheninow (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, 10 mai 1890).

Ostéome du sinus frontal droit, par J.-V. Ischunin (*Chir. Vestnik, Saint-Petersb.*, 1890).

L'acide chromique dans les épistaxis, par Pogorielsky (*Medicyna*, 16 août 1890).

I. Les rhinolithes et les corps étrangers du nez. — II. Le coryza, ses formes et son traitement, par L. Silitch (*Moscou*, 1890).

Nouvelle forme clinique de rhinosclérome, par Pavloski (*Med. Obozr.*, n° 2, 1891).

L'électrolyse dans la chirurgie rhino-laryngienne, par Draispul (*Vratch*, n° 4, 6, 8, etc., 1891).

Cas de rhinosclérome, par E.-V. Pavloff (*Med. Obozr.*, n° 2, 1891).

Affection de l'antre d'Highmore et des sinus frontaux, par Pavloff (*Vratch*, n° 10, 1891).

Déviation du septum nasal, par J. Sedziak (*Przegląd Lekarski*, n° 6, 7, 9, 12, 13, 14, 1891).

Compte rendu de l'année 1890 du dispensaire pour les maladies du nez, de la gorge et du larynx, à l'hôpital évangélique de Varsovie, par Wroblewski (*Kronika Lekarski* (n° 3 et 4, 1891).

### Pharynx et Varia.

Traitement de la diphthérie et du croup, par Brunner (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 6, 1890).



De l'antagonisme entre la diphthérie et l'érysipèle, par Babtchinsky (*Journ. d'hygiène de Saint-Petersbourg*, février 1890).

Un cas de perforation de l'œsophage pour un os avalé, par V. Antonow (*Gaz. clin. de Botkine*, 14 avril 1890).

Rapports sur les ordonnances rendues dans le territoire de Kuban pendant l'épidémie de diphthérie, par S.-J. Gokielow (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, 10 mai 1890).

Œsophagite exfoliatrice, par Rejchman (*Gaz. Lek.*, p. 381, 1890).

Bles-ures de la cavité pharyngienne, par Aronson (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 36, 1890).

Cas de polype œsophagien, par Shendrikovsky (*Med. Oboz.* n° 19, 1890).

Cas de corps étranger de l'œsophage. Perforation de la carotide. Mort, par N.-H. Simanowsky (*Vratch*, n° 38, 1890).

Un cas d'angine herpétique, par A. Bertels (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, 13 septembre 1890).

Phlegmon infectieux primitif aigu du pharynx, par Hæhleln (*Saint-Petersb. Med. Woch.*, n° 2, 1891).

Corps étranger de l'œsophage perforant l'aorte, par C.-J. Chencinski (*Vratch*, n° 41, 1890).

Abcès retro-pharyngiens chez les enfants, par Sokoloff (*Vratch*, n° 3, 1891).

Tuberculose des glandes rétro-pharyngiennes, par Sokoloff (*Vratch*, n° 3, 1891).

Un cas de diphthérie, compliqué d'érysipèle, par Pisarzewski (*Przegląd lekarski*, n° 1, 1891).

De l'emploi de la fuchsine dans les affections du pharynx et du larynx, par K. Bogroff (*Soc. méd. d'Odessa, Vratch*, n° 16, 1891).

Chancres syphilitiques de la langue et du voile du palais, par A.-M. Tchistiakoff (*Vratch*, n° 18, 1891).

Chancres syphilitiques de l'amygdale, par N.-M. Jakimovitch (*Bolnitchnaia Gaz. Botkina*, n° 6, 1891).

Chancres syphilitiques de l'amygdale, par J.-F. Zeleneff (*Vratch*, n° 13, 1891).

Limon et acide salicylique dans la diphthérie, par P.-A. Niedzwiedski (*Saratowsky Saint-Obzor*, n° 11, 1891).

Deux cas de rhinite hypertrophique traités par le galvano-cautère, par M.-V. Ouspenski (*Med. Obozr.*, n° 1, 1891).

Nécrose de la cloison nasale et du voile du palais consécutive à la fièvre typhoïde, par A.-K. Fleischer (*Vratch*, n° 24, 1891).

## SUISSE

### Oreille.

Affections de l'oreille consécutives à l'influenza, par Jonquière (*Corr. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 15 août 1890).

Ueber Taubstummheit, ihre Ursachen und Verhütung. (De la surdit-mutité, ses causes et les moyens de la prévenir), par A. Schwendt (Broch. in-8° de 40 pages, B. Schwabe, éditeur, Bâle, 1890).

Eine neue Anwendung der Hartmann'schen Paukenröhrchens. (Un nouvel usage de l'injecteur intra-tympanique de Hartmann), par A. Schwendt (*Illustr. Monats. f. Ärzte Polytechnik*, novembre 1890).

Ueber den gegenwärtigen Stand der Hirn Chirurgie. (Sur l'état actuel de la chirurgie cérébrale, par Krönlein (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> janvier 1891).

Sur les anomalies de conformation du pavillon de l'oreille, par P. Eyle (*Dissert. Inaug. Zürich*, 1891).

Oto-laryngologie et son importance pour le médecin, praticien, par L. Secrétan (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 juin 1891).

I. Ueber eine der häufigsten Ursachen progressiver Schwerhörigkeit. (Sur une des causes les plus fréquentes de la surdité progressive). — II. Vereiternden Cholesteatom (Cholesteatomes suppurés), par Siebenmann (*Med. Gesells. der Stadt Basel*, 2 avril, in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> août 1891).

Das Cholesteatom des Mittellohres und seine Behandlung (Le cholesteatome de l'oreille moyenne et son traitement, par F. Siebenmann (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> octobre 1891).

### Larynx et Trachée.

Électrolyse endolaryngée, par Mermod (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1890).

Le traitement local de la tuberculose laryngée, par G. Jonquière (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> mai 1890).

Extirpation unilatérale du larynx dans un cas de cancer, guérison, par Socin (*Soc. de méd. de Bâle*, 20 janvier, in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> novembre 1890).

Ein neuer Pulverbläser für den Larynx (Un nouveau pulvérisateur pour le larynx, par A. Schwendt (*Illustr. Monats. der ärztl. Polytechnik*, novembre 1890).

Phthisie laryngée traitée par la méthode de Koch, par Immermann (*Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> janvier 1891).

Spätes Auftreten von Kehlkopferkrankung bei Behandlung Lungenkranker mit Tuberkulin (Apparition d'une affection laryngée consécutive au traitement d'un tuberculeux par la tuberculine, par F. Egger (*Corr. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 15 mars 1891).

Polype de la trachée consécutive à une trachéotomie, par E. Revilliod (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1891).

Cas de phthisie laryngée traités par la méthode chirurgicale endolaryngée, par Schwendt (*Med. Gesells. der Stadt Basel*, 5 février, in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 15 juillet 1891).

Traitement de la tuberculose laryngée par la lymphe de Koch, par Siebenmann et Rutimeyer (*Med. Gesells. der Stadt Basel*, 5 février; in *Corr. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 15 juillet 1891).

Extirpation totale du larynx, par Socin (XLI *Versammlung des Schweiz. Ärztl. Centralvereins*, Bâle, 30 mai; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> septembre 1891).

### Nez.

Modification der Bellocq'schen Tamponade mittelst Anwendung eines Tamponhalters (Modification du tampon de Bellocq au moyen d'un porte-tampon), par A. Schwendt (*Illustr. Monats. der ärztlichen Polytechnik*, novembre 1890).

Lupus du nez traité par la méthode de Koch, par Socin (*Corr. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> janvier 1891).

Deux cas d'occlusion congénitale du nez, par Schwendt (*Soc. de méd. de Bâle*, 2 octobre 1890; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 15 mars 1891).

Demonstration eines im Jahre 1888 operativ geheilten Falles von angeborenem Verschluss beider Choanen (Présentation d'un malade guéri, opéré en 1888, pour une occlusion congénitale des choanes, par Schwendt (*Versammlung der Schweiz. Ärztl. Centralvereins*, 30 mai; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Ärzte*, 1<sup>er</sup> juillet 1891).

### Pharynx et Varia.

Ein Fall von Eröffnung des Pharynx, Dichtrennung des Pharynx und Verletzung des Oesophagus aus selbstmörderische Absicht. Heilung (Un cas d'ouverture du pharynx, séparation du larynx et lésion de l'œso-

phage causées par une tentative de suicide. Guérison), par O. Bernhardt (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 mars 1890).

Gastrotomie pour cancer de l'œsophage, par Cristiani (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 juillet 1890).

Selbstbehandlung einer grossen Struma (Goître guéri par le malade sans intervention médicale), par C. Kaufmann (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 1<sup>er</sup> novembre 1890).

Ueber die Mandeln und deren Entwicklung (Du développement des amygdales), par Stœhr (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1<sup>er</sup> septembre 1890).

Œsophagotomie, par Krœnlein (*Gesells. der Aerzte, Zürich*, 27 juin 1891; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 août 1891).

## GRÈCE

### Oreille.

Un cas de surdité symptomatique, par Kallevokas (*Bull. méd. et pharm., Athènes*, 30 avril 1891).

### Pharynx et Varia.

Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx, par Nicolaïdes (*Journ. méd. de l'armée, Athènes*, janvier 1891).

## SCANDINAVIE

### Oreille.

Hygiène de l'oreille, par V. Cozzolino. Traduction suédoise de Algot-Key-Aberg (*Stockholm*, 1891).

Anatomie physiologique des osselets de l'oreille, par Larsen (*Nordiskt. med. Arkiv*, XXII, 16, 1891).

Trois cas d'audition colorée dans la même famille, par Klinckowstrøm (*Vorhand d. biol. Ver., Stockholm*, 1891).

Troize cas de surdité partielle avec rétrécissement de la trompe d'Eustache traités par l'électrolyse, par Larsen-Utke (*Nordiskt med. Arkiv*, XXIII, 10; 1891).

### Nez.

Transformation hysto-pneumatique du cornet moyen par E. Schmiegelow (*Ugeskrift for Læger*, février 1890).

Enchondrome plexiforme intravasculaire dans l'antre d'Highmore, par Quensel et Boheman (*Nordiskt med. Arkiv*, XXII, 23, 1891).

### Pharynx et Varia.

Un cas rare d'idiosyncrasie pour le tanin appliqué extérieurement, par V. Laugo (*Hospitalstidende*, 29 janvier 1890).

L'angine chez les hospitalisés, par Auker Rasmussen (*Hospitalstidende*, 6 mai 1891).

Angine tonsillaire chez les enfants âgés de moins de deux ans, par P. Silverskiöld (*Eira*, n° 6, 1891).

## PAYS-BAS

### Larynx et Trachée.

Paralysie du nerf récurrent et ptosis sympathico-paralytique traumatique, par Huysman (*Nederl. Tijds. v. Geneesk.*, 27 décembre 1890).

### Nez.

De l'emploi de la sonde de Belloc dans l'extirpation des polypes du

nez, par Deelen (*Weekbl. van het Nederl. Tijds. voor Geneesk.*, n° 4, 1890).

Die Behandeling van de Verkromming van het Tusschenschot van den Neus (Le traitement des déformations de la cloison du nez, par W. Schutter (*Med. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1890).

#### **Pharynx et Varia.**

Die Bewegingen van het zachte Gehemelte (Les mouvements du voile du palais, par W. Schutter (*Nederl. Tijdschrift voor Geneesk.*, 1890).

Le bacille de la diphtérie, par Spronck, Wintgens et Van den Brink (*Weekbl. Nederl. Tijd. voor Geneesk.*, n° 22, 1890).

### **ROUMANIE**

#### **Nez.**

Hydrencéphalocèle congénitale de la racine du nez, par C. Battez (*Bull. de la Soc. des méd. et nat. de Jassy*, n° 6, 1890).

Accidents hystériques d'origine nasale, par E. Marcel (*Spitalul*, mai 1891).

Des végétations adénoïdes du pharynx nasal et de leurs complications, par G. Niculescu (*Thèse de doctorat de la Faculté de méd. de Bucarest*, 1891).

### **CANADA**

#### **Nez.**

Syphilis nasale infantile, par C. Laviolette (*Union méd. du Canada*, juin 1890).

#### **Pharynx et Varia.**

La diphtérie. Traitement de Bouchut, par L. E. Fortier (*Gaz. méd. de Montréal*, juin 1890).

---

## NOUVELLES

---

La *Clinique laryngologique*, de l'hôpital général de Vienne, dirigée jusqu'ici par le professeur Schrøtter, vient, par suite de la nomination de ce dernier comme professeur de clinique médicale, d'être confiée par le ministre de l'instruction publique à notre savant ami le professeur Carl Størk.

---

L'*American otological Society* s'est réunie à Washington le 22 septembre dernier. Voici la liste des communications qui y ont été lues :

1° Quelques essais partiellement heureux pour favoriser la guérison d'anciennes perforations de la membrane du tympan ;  
2° une forme inusitée de dislocation du manche du marteau, par S. THEOBALD, de Baltimore ; 3° quelques cas exceptionnellement graves de mastoïdite consécutive à l'influenza, par H.

KNAPP, de New-York; 4° trois cas d'otites suppurées avec complications et une mort, par F.-M. WILSON, de Bridgeport; 5° un cas de suppuration, exostose et épilepsie otitique; trépanation suivie d'une méningite septique mortelle, avec considérations sur d'autres cas se rapportant aux voies de communication de l'otite avec le cerveau, par B.-A. RANDALL, de Philadelphie; 6° notes sur l'emploi du rouleau (frigorifique) de Leiter (Leiter Coil) au début de la mastoïdite, par GORHAM BACON, de New-York; 7° suppuration aiguë de l'oreille moyenne; méningite; mort; autopsie; non envahissement du temporal, par J.-M. RAY, de Louisville; 8° un dernier mémoire sur l'anatomie de l'oreille de l'éléphant, par HUNTINGTON RICHARDS, de New-York. Excision de la membrane du tympan et du marteau nécrosé dans un cas d'otite moyenne chronique purulente, par C.-H. BURNETT, de Philadelphie.

---

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Krakauer, dont nous publions un mémoire dans ce numéro. Notre savant collaborateur a succombé à Berlin, le 19 octobre, à l'âge de 33 ans, à une attaque d'influenza.

---

Ordre du jour de la *Société de laryngologie, otologie et rhinologie de Paris*, séance du 6 novembre : inhalations de menthol dans la trachéite, par LUBET-BARBON. — Deux cas de suppuration du sinus maxillaire sans lésions dentaires apparentes, par LUC. — Du canal de Jacobson. De la possibilité de le reconnaître sur le vivant et de son rôle probable dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison nasale, par POTIGNET. — 1° Une observation de tamponnement postérieur dans l'épis-

taxis suivi de phénomènes cérébraux et d'otite suppurée; 2° douleur névralgique sur le rameau naso-lombaire symptomatique de la syphilis tertiaire profonde, par GELLÉ. — Un cas de polype sous-glottique, par PAPADOPOULOS.

Fusion des deux Sociétés de laryngologie.

---

*On sait que la fusion des deux Sociétés a été votée par 39 voix contre 11.*

*A la séance du 6 novembre, la Société parisienne a été invitée, sur la proposition de M. Potiquet, à accepter ou à rejeter ce vote : à la majorité des voix, le vote a été accepté.*

*A la suite de ce vote, le Dr Gouguenheim a annoncé à la Société qu'il déposerait sur le bureau à l'ordre du jour de la prochaine séance une motion pour une modification de l'article suivant du règlement :*

ART. 6. — Pour être nommé membre titulaire, il faut être docteur en médecine, Français, résider et exercer à Paris, etc.

Pourront être nommés membres titulaires, sur leur demande, les membres titulaires de l'ancienne Société française de laryngologie et d'otologie.

---

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée) ;  
une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se  
couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle  
réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les  
maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si  
l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque  
persévérance.

---



## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

Traité de chirurgie publié sous la direction de S. DUPLAY et P. RECLUS. *Tome IV*. L'œil et ses annexes, par E. DELENS. Oreille et ses annexes, par S. DUPLAY. Nez, fosses nasales, pharynx nasal et sinus, par GÉRARD-MARCHANT (avec 336 figures dans le texte). *Tome V* (avec 170 figures dans le texte). Vices de développement de la face et du cou, par A. BROCA. Mâchoires, par A. HEYDENREICH. Face, lèvres, cavité buccale, gencives, langue, palais et pharynx, par A. BROCA. Plancher buccal, glandes salivaires, œsophage et larynx, par H. HARTMANN. Corps thyroïde, par A. BROCA. Maladies du cou, par C. WALTHER. (Prix, 18 francs le volume, G. MASSON, éditeur, Paris, 1891.)

Ueber die Verwendung von Anilin Farbstoffen bei Nasen. Hals und Ohren Leiden (Emploi de couleurs d'aniline dans les affections du nez, de la gorge et des oreilles, par M. BRESGEN. (Brochure de 30 pages, prix : 1 m. 20, E. JUNGKLAAS, éditeur, Wiesbaden, 1891.)

Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen? Quand doit-on employer le cautère électrique dans le nez? par M. BRESGEN. (Brochure de 24 pages, E. JUNKLAAS, éditeur, Wiesbaden, 1891.)

Du releveur du voile et de son application, par LUBET-BARBON. (Extrait des *Arch. de lar. rhin. et otol.*, juillet 1891.)

Ueber die Sprachgebrechen unter der Schuljugend (Des vices de parole parmi la jeunesse des écoles), par H. GUTZMANN. (Extrait des comptes rendus du X<sup>e</sup> congrès international de médecine, Berlin, 1890.)

I. Die Prognose des Stotterns (Pronostic du bégaiement). — II. Zur Hygiene der Sprache des Kindes (Hygiène de la parole de l'enfant). — III. Ueber das Näseln (Sur le nasonnement). Ueber Missbewegungen (Mouvements anormaux). — IV. Ein Hörrohr für die Nase (Cornet acoustique pour le nez, par H. GUTZMANN. (Tirages à part de la *Monats. f. die gesammte Sprachheilkunde*, 1891.)

Ueber die Behandlung der chronischen Otorrhœ mit einigen neueren Borverbindungen (Du traitement de l'otorrhée chronique par quelques nouvelles médications boriquées, par R. KAFEMANN. (Brochure de 59 pages, A.-W. KAFEMANN, éditeur, Danzig, 1891.)

Zum Analyse des Weber'schen Versuchs (Analyse de l'épreuve de Weber), par A. BING. (Tirage à part de la *Wiener med. Presse*, nos 9 et 10, 1891.)

Ein neuer Stimmgabelversuch. Beitrag zur differential Dia-

gnostik der Krankheiten des mechanisches Schalleitungs und der nervösen Hörapparates (Essai d'un nouveau diapason. Contribution au diagnostic des affections de la conductibilité mécanique du son et de l'appareil nerveux de l'ouïe, par A. BING. (Tirage à part des *Wiener med. Blätter.*, n° 41, 1891).

Études de pathologie et de clinique médicale, par T.-E. LEUDET. (3 vol., prix : 50 fr. G. STEINHEIL, éditeur, Paris, 1891.)

Le tonsillite nelle loro varie forme, esiti et cura (Les amygdalites ; leurs diverses formes, suites et traitement), par V. GRAZZI. (*Collezione ital. di Letture sulla med.*, série VI, n° 1 ; prix : 1 fr. 25. F. VALLARDI, éditeur, Milan, 1891.)

Tracheal syphilis, with a report of two cases (Deux observations de syphilis trachéale), par J. WRIGHT. (Extrait du *N. Y. med. Journ.*, 13 juin 1891.)

The etiology and treatment of atrophic rhinitis, par J. WRIGHT (Extrait du *Med. Record*, 15 août 1891.)

Klinische Beiträge zur halbseitigen Kehlkopf lähmung (Contributions cliniques à la paralysie unilatérale du larynx, par G. AVELLIS. (*Berliner klin.*, H. 40 ; prix : 60 Pfennig, librairie FISCHER, Berlin, 1891.)

Étude sur l'exalgine, d'après des observations prises à l'hôpital Lariboisière, par E. DESIRÉ (Brochure de 20 pages, *Soc. d'études scient.*, 8, rue du Centre, Neuilly-Paris, 1891.)

Abrégé schématique des *mémoires* couronnés par l'Académie de médecine sur la voix, l'anatomie et la physiologie du larynx,

MOURA. (Brochure de 16 pages, LECROSNIER et BABÉ, éditeurs, Paris, 1891.)

Ulteriori modificazioni al metodo d'illuminazione della laringe colla luce elettrica diretta (Modifications ultérieures au mode d'éclairage du larynx par l'éclairage électrique direct), par J. DIONISIO. (Extrait du *Giorn. della R. Accad. di med. di Torino*, n° 1 et 2, 1891.)

Contributo alla casuistica della intubazione della laringe nel croup, par J. DONISIO, M. MOTTA et L. FERRIA. (Extrait du *Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino*, n° 6, 1891.)

Contributo allo studio di alcune forme di stenosi laringea cronica, par J. DIONISIO. (Extrait des *Arch. ital. di Laryng.*, fasc. 3, 1891.)

Traité clinique et thérapeutique de l'hygiène, d'après l'enseignement de la Salpêtrière, par GILLES DE LA TOURETTE. Préface de J.-M. CHARCOT. Hystérie normale ou interparoxystique (1 vol. de 580 pages, 46 figures dans le texte ; E. Plon, Nourrit et C<sup>ie</sup> éditeurs, 10, rue Garancière, Paris, 1891.)

---

Le Gérant : G. MASSON.

